

**El derecho a la salud en las personas privadas de la libertad: el caso de un
establecimiento penitenciario y carcelario en el departamento de Antioquia –
2014**

**The Right to Health of Persons Deprived of their Liberty: The Case of a
Penitentiary and Prison in Antioquia – 2014**

Jeniffer Astrid Hernández Pacheco

**Trabajo de investigación para optar al
Título de Magíster en Salud Pública**

Asesor

**Román Orlando Restrepo Villa. OD, MSP, PhD
Profesor Facultad Nacional de Salud Pública**

**Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
Héctor Abad Gómez
Medellín
2016**

A sus luchas y a nuestros olvidos...

Mi libertad

Ya son las nueve de la noche
Cayó el telón yo en prisión
Pero mi mente en el callejón
Pensando en mi corillo y
En su eterno vacilón
Me encuentro solo y triste
Y sufre mi corazón aai Dios mioo

Una colilla de cigarro más (solo en mi celda
Meditando)
Un cenicero que va a reventar (Ya no puedo mas
No puedo más)
La misma historia
Triste y sin final
El mismo cuento de nunca acabar
Y la carcajada de otra madrugada

Se burlan cuatro paredes
Rutina a puertas cerrada
Y un carnaval de barrotes
Bailando sobre mi cama

Extraño aquella cometa
Que yo de niño volaba
Y a mis amigos del barrio
Que mis canciones bailaban

Quiero cantar de nuevo

Y caminar y a mis amigos
Buenos visitar pidiendo otra oportunidad

Bajo el farol del pueblo
Conversar y en una fiesta linda
Celebrar mi libertad

Ya no puedo con la condena
Que lucho día a día mi juventud
Se escurre en una celda fría
Mi alma en penitencia mi vida en agonía
Y es muy poca la esperanza de salir todavía

Extraño aquella cometa
Que yo de niño volaba
Y a mis amigos del barrio
Que mis canciones bailaban

Una lágrima que moja el papel
De mi triste carta
Comentarle a mi familia lo mucho
Que me hacen falta
A pesar de todo sigo
Con mi frente en alta
Soy un simple ser humano
Que la sociedad descarta

Quiero cantar de nuevo
Y caminar y a mis amigos
Buenos visitar pidiendo otra oportunidad

Bajo el farol del pueblo
Conversar y en una fiesta linda
Celebrar mi libertad

Óyeme Jerry aja yo te digo la
Verdad no es lo que cuesta (y que)
Sino cuánto vale!!La Libertad Siiiiiii!!!

Quiero cantar de nuevo
Y caminar y a mis amigos
Buenos visitar
La misma historia triste y sin final
El mismo cuento de nunca acabar

Quiero cantar de nuevo
Y caminar y
Celebrar mi libertad
Salir y bacilar y por el
Barrio caminar y con mi gente
Disfrutar mi libertad

Quiero cantar de nuevo
Y caminar y a mis amigos
Buenos visitar
Un carnaval de barrotes bailando
Sobre mi cama

Quiero cantar de nuevo

Y caminar y a mis amigos
Buenos visitar

Y extraño aquella cometa
Que yo yo yo
De niño volaba

Quiero cantar de nuevo
Y caminar y
Celebrar mi libertad
A mis amigos buenos
Saludar que mis canciones bailaban

Quiero cantar de nuevo
Y caminar y a mis amigos
Buenos visitar
Bajo el farol del pueblo conversar
Mira y en una fiesta celebrar

Quiero cantar de nuevo
Y caminar y
Celebrar mi libertad
Ahora me ha llegado el
Momento Jerry y tengo
Otra oportunidad

Quiero cantar de nuevo
Y caminar y a mis amigos
Buenos visitar
Quiero cantar de nuevo

Y caminar y
Compartir mi libertad

Y positivo ok?

Jerry Rivera y Julio Voltio homenaje a Frankie Rúa

Tabla de contenido

Introducción	16
1 Planteamiento del problema	19
1.1 Pregunta de investigación.....	27
2 Objetivos.....	28
2.1 Objetivo General.....	28
2.2 Objetivos Específicos.....	28
3 Marcos de referencia	29
3.1 Derecho a la salud y Derechos Humanos.....	29
3.2 La perspectiva de la determinación social del proceso salud-enfermedad...	36
3.3 Asistencia sanitaria en las cárceles: algunas consideraciones normativas	40
3.4 La cárcel, el derecho a la salud y el proceso salud-enfermedad	43
4 Metodología.....	52
4.1 Tipo de estudio.	53
4.2 Descripción del contexto en que se desenvuelve el caso:.....	56
4.3 Herramientas para la recolección de la información.	65
4.4 Procesamiento y análisis de la información	66
5 Compromisos éticos	72
6 Hallazgos.....	73
6.1 El Ingreso a la cárcel: Entre la incertidumbre y el temor.....	73
6.2 La salud y la enfermedad: valoraciones y conceptos	77
6.3 La salud determinada	81
6.4 El Derecho a la Salud: Experiencias y significados	93
7 Discusión	123
8 Conclusiones	131
9 Recomendaciones	133
10 Agradecimientos.....	134

11	Referencias.....	136
12	Anexos.....	151

Lista de tablas

Tabla 1. Número de participantes por patio en el establecimiento.....	61
---	----

Lista de figuras

Figura 1. Condiciones de accesibilidad a los servicios de salud (Adaptado de Andersen y Aday, 1974).....	35
Figura 2. Marco Conceptual del campo de salud.....	37
Figura 3. Modelo Conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud de la CDSS.....	39
Figura 4. Sonido original de entrevistas.....	66
Figura 5. Sonido amplificado de las entrevistas.....	67
Figura 6. Mapa de Categorías y Subcategorías del estudio.....	73
Figura 7. Mapa de la Categoría Salud y Enfermedad y Subcategorías.....	77
Figura 8. Mapa de la Categoría La Salud Determinada y Subcategorías.....	81
Figura 9. Mapa de la Categoría El Derecho a la Salud.....	93

Lista de anexos

Anexo 1 Sentencias de la Corte Constitucional en relación a tutelas tramitadas por Personas Privadas de la Libertad	151
Anexo 2 Convenio interinstitucional 0001 INPEC – FNSP.....	158
Anexo 3 Aval proyecto Regional Noroeste del INPEC.....	162
Anexo 4 Aval del Establecimiento Penitenciario	165
Anexo 5 Carta de autorización y Carnet	166
Anexo 6 Afiche invitando a las PPL a participar del estudio	167
Anexo 7 Modelo de certificaciones a PPL por participar del estudio.....	168
Anexo 8 Guion de entrevista.....	169
Anexo 9 Aval Comité de Ética Facultad Nacional de Salud Pública	170
Anexo 10 Consentimiento informado personas privadas de la libertad	171
Anexo 11 Galería de Imágenes	176

Glosario

EPC: Establecimiento Penitenciario y Carcelario

PPL: Persona Privada de la Libertad

Anexo 2: Construcción contigua al patio dos inicialmente diseñada para albergar internos clasificados como psiquiátricos. Actualmente está ocupada por personas que se acogieron al proceso de justicia y paz.

JP: Justicia y Paz

TD: Tarjeta decadactilar, número asignado por el establecimiento para identificar a las PPL al interior del mismo

Parlante: Persona encargada de llamar a las PPL que son requeridas en la guardia

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

DUDH: Declaración Universal de Derechos Humanos

PIDESC: Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales

CP: Constitución Política

Resumen

Las Personas Privadas de la Libertad hacen parte de los grupos humanos que mayor exclusión sufren y por tanto pueden estar más alejados del goce del derecho a la salud. En nuestro medio son pocos los estudios tendientes a revelar este tipo de fenómenos bajo una concepción amplia del derecho a la salud, entendiendo esta como una noción más allá de la ausencia de enfermedad y bajo la perspectiva de la determinación social del proceso salud enfermedad. **Objetivo:** Comprender las experiencias y los significados sobre el derecho a la salud de las PPL en el Establecimiento Penitenciario y Carcelario La Paz de Itagüí, Antioquia 2014. **Metodología:** El enfoque que guía el diseño metodológico de este estudio es el de la investigación cualitativa el diseño metodológico propuesto para este estudio es el del estudio de caso con enfoque etnográfico con el cual se pretende comprender las experiencias y significados que las PPL dan al derecho a la salud en el EPC La Paz de Itagüí. **Análisis de la información:** Se realizaron entrevistas que fueron grabadas y el análisis se realizó de manera simultánea, una vez transcrita la entrevista se iniciaba con el proceso de codificación y posteriormente la categorización. **Conclusión:** Este estudio muestra que las PPL identifican el derecho a la salud como un derecho humano fundamental, componente de los demás derechos soportados en la condición de dignidad humana y que va más allá de la atención en salud abarcando las condiciones de vida para que la salud y la vida sean posibles. Igualmente, establecido hoy en el país a nivel constitucional y legal pero además como un derecho sometido a permanente violación debido a las precarias condiciones de vida y a las barreras de acceso a la atención en salud como un componente de gran importancia en los conceptos del derecho a la salud que los participantes del estudio expresan.

Palabras clave: salud, derecho a la salud, exclusión social, estudio de caso

Abstract

Persons Deprived of their Liberty (PDL) are among the most excluded human groups, and, therefore, they can be highly deprived from the enjoyment of the right to health. There are few studies in our context devoted to reveal this kind of phenomena under a broad interpretation of the right to health, especially if we understand this right as a notion that goes beyond the absence of disease, and if we analyze it under the perspective of the social determination of the health-disease process. **Objective:** To understand experiences and the meaning of the right to health of PDL in the Penitentiary and Prison La Paz in Itagui, Antioquia in 2014. **Methodology:** The approach on which the methodological design of this study was based is qualitative research. The methodological design proposed for this study is case study with ethnographic approach which seeks to understand the experiences and the meaning that PDL give to the right to health in the EPC La Paz in Itagui. **Information analysis:** Interviews were conducted and recorded, and their analysis was performed simultaneously. Once each interview was transcribed, it was then encoded categorized. **Conclusion:** This study reveals that PDL identify the right to health as a fundamental human right, which is included in the rights that constitute the condition of human dignity. The right to health goes beyond health care; it encompasses the life conditions that are necessary for life and health to be viable. Likewise, the right to health is nowadays safeguarded in Colombia through the country's constitution and laws. However, this right is subject to constant violations due to the people's precarious living conditions, and their barriers to accessing health-care services. Those violations and difficulties are perceived as major components of the 'right to health' concept by participants in this study.

Keywords: Health, right to health, social exclusion, case study

Introducción

El derecho a la salud, desde una perspectiva de derechos humanos, obedece a la garantía de una serie de condiciones de vida mínimas que permita a las personas el desarrollo pleno de sus capacidades.

Partiendo de esta concepción, las Personas Privadas de la Libertad –PPL-, generalmente, padecen el olvido casi sistemático de la sociedad y del Estado lo que desemboca en el desconocimiento y la desatención de sus necesidades, así como la frecuente violación de sus derechos, haciéndolas un grupo especialmente vulnerable.

En Colombia, los graves problemas de hacinamiento y de vulneración de derechos a que se ven abocadas las PPL en las diferentes regiones del país, se constituye en un fenómeno estructural que se expresa no sólo en el creciente hacinamiento y los conflictos al interior de las cárceles y/o penitenciarías, sino principalmente en graves problemas de salud pública que comprometen el derecho a la salud de estas personas.

Bajo estas consideraciones, experiencias investigativas como esta aportan de manera significativa al debate teórico del derecho a la salud en tanto se desentraña la forma particular en las que colectivos humanos, particularmente las PPL, acceden al derecho a la salud lo que permitiría replantear los asuntos correspondientes a este, además de la forma como se orientan los esfuerzos tendientes a garantizar este derecho a este grupo de personas.

La perspectiva de la determinación social del proceso salud-enfermedad contribuye a trascender el nivel del derecho a la atención sanitaria, fundamental pero no suficiente además de ser un factor de coherencia entre el derecho a la salud en su sentido más amplio con una concepción de la salud desde la salud pública que la comprende mucho más allá de la ausencia de la enfermedad, como producto de

las condiciones de vida y de los procesos económicos, sociales y políticos que determinan el acceso real de la gente a condiciones de vida donde es posible el desarrollo máximo de las potencialidades y las capacidades humanas.

En términos de contribución a la solución de la problemática, las motivaciones que soportan esta propuesta, tienen que ver con el reconocimiento del objeto de la salud pública (la salud y el bienestar de los colectivos humanos), así como la procura del mejoramiento de las condiciones de vida de la población en general.

Teniendo en cuenta lo anterior, la academia no puede separarse de aquellas problemáticas que aquejan a la sociedad. Por el contrario, debe contribuir a la solución de ellas mediante la aportación de nuevos conocimientos, reflexiones y debates en torno a los problemas prioritarios de la misma e igualmente, proponer alternativas viables de solución.

En todo caso, hacer parte de una sociedad que requiere transformaciones estructurales desde la ética, la moral y la justicia exige un compromiso social para superar los grandes problemas de inequidad y desigualdad en salud que afectan a gran parte de nuestra población. Es importante recordar que Colombia es un Estado Social de Derecho y que es en este se reconoce en su fundamento la dignidad de la persona como punto de partida y no como un ideal a alcanzar.

Este trabajo entonces, obedece a un compromiso ético y moral con nuestra sociedad, pues pretende contribuir al conocimiento y hacer visible la dimensión de esta problemática haciendo reflexiones pertinentes que posicionen el tema en la agenda pública con el fin de lograr las transformaciones necesarias en materia de política social y en la política de salud penitenciaria del país.

Finalmente, el presente trabajo entonces, va dirigido a todas aquellas personas que, desde las instancias políticas, gubernamentales, académicas y sociales, le apuestan a una sociedad justa, equitativa e incluyente. Así mismo, a quienes creen que las PPL, aunque hayan vivido procesos o atravesado circunstancias, cualesquiera que hayan sido estas, que les llevaron a la cárcel, siguen siendo seres

humanos y por tanto merecen ser considerados y tratados como tal.

1 Planteamiento del problema

De acuerdo con Laurell, la salud está en íntima relación con “la preservación de la vida y el desarrollo de capacidades humanas y es, ella misma, una necesidad humana básica, por lo tanto, el ser humano debería tener derecho a la satisfacción óptima de esta necesidad” (1).

Este concepto, como derecho se define como “el goce máximo de bienestar que comprende tanto la acción de conservación para evitar y prevenir la enfermedad, como la acción de restablecimiento para recuperar la calidad de una vida digna” (2).

Bajo una noción amplia de salud, tal como lo preconiza la salud pública y lo ha declarado la Organización Mundial de la Salud (OMS), ligado al bienestar y más allá de la ausencia de enfermedad, el derecho a la salud, es un concepto multidimensional que incluye aspectos relacionados con las posibilidades de lograr buena salud y no solo con el acceso a los servicios de atención en salud; extendiéndose así a otras dimensiones del bienestar como la vivienda, la educación, la seguridad alimentaria, el ingreso, el empleo entre otros aspectos fundamentales para la vida digna (3).

De acuerdo con lo expuesto por Stolkiner, los debates actuales en salud pública han logrado posicionar el enfoque de derechos en las políticas públicas, y en ese sentido se sostiene hoy que, basados en la normativa internacional sobre derechos sociales, planteamientos como el de renovación de la Atención Primaria en Salud (APS), se constituye como garantista del derecho a la salud (4).

Adicionalmente, esta misma autora, afirma que este enfoque del derecho a la salud, visto en el contexto de los derechos humanos, se ha convertido en “una potente idea-fuerza”, que ofrece la posibilidad de movilización e inspira propuestas de mejoramiento hacia la disminución de las inequidades en salud (5).

Al referirse a los Derechos Humanos, es necesario anotar que estos no han sido connaturales en la humanidad ya que son un producto histórico; como lo afirma Gaviria, “cuando se habla de derechos humanos se hace referencia a un acontecimiento muy importante en la historia de la humanidad y, específicamente de la historia de occidente” (6) en tanto representan en su origen el inicio de la modernidad occidental (4) y se reconocen, como la concreción de una determinada idea de dignidad humana y expresan un ideal de libertad e igualdad humana reconocidas ahora por los ordenamientos jurídicos nacionales e internacionales (7).

Hablar de derechos humanos no es hablar de una sola cosa; de hecho, ha habido diversas declaraciones de derechos que hoy se clasifican en derechos de primera generación (6), conocidos también como derechos liberales y como derechos civiles y políticos (7), y derechos de segunda generación llamados también derechos económicos, sociales y culturales, establecidos en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales -PIDESC- (7).

Particularmente en el PIDESC, se reconoce en el artículo 12 que la salud es “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” (8). Más adelante el comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales –DESC- mediante la observación No 14 indica además que “la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente” (9).

Adicionalmente, en esta Observación se establece que “el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud” y que este “más alto nivel posible de salud”, tiene en cuenta tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona lo mismo que los recursos con que cuenta el Estado poniendo así el concepto en una esfera multidimensional (9).

Así mismo, como lo presenta Echeverri, este derecho se puntualiza aún más en la Observación N°14 dado que esta señala que hay otros derechos y libertades que abordan los componentes integrales del derecho a la salud como, “el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación” (10).

Particularmente en Colombia, en la Constitución Política (11) se establece en los artículos 48 y 49 una serie de beneficios en cuanto a la salud que como derecho se muestran como irrenunciables y los cuales deben ser garantizados por el Estado; pero es especialmente a partir de la expedición por parte de la Corte Constitucional de la sentencia T- 760 de 2008, (12) donde la salud es declarada como un derecho fundamental, autónomo, en el sentido de su inherencia a la persona y por ello su cumplimiento debe ser inmediato. Esta sentencia establece en el país los términos generales en los cuales el derecho a la salud debe garantizarse.

Más recientemente, en Colombia se expidió la ley 1751 de 2015 (13), conocida como Ley Estatutaria en Salud, cuyo objeto fue garantizar, regular y establecer los mecanismos de protección del derecho a la salud como derecho fundamental, el cual se establece como un derecho autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. En esta misma ley se establece que el derecho a la salud comprende el acceso oportuno, eficaz y con calidad a los servicios de salud, para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud y de la misma manera que el Estado es el responsable de manera indelegable de su garantía y cumplimiento.

No obstante, y reconociendo el amplio marco del derecho a la salud, el acceso a los servicios de salud es un componente muy importante del mismo y aquí merece un capítulo aparte. Como lo afirma Echeverri, “El acceso a los servicios de salud es el componente del derecho a la salud más tangible y valorado por la población” (14).

Dicho de otra manera, el derecho a la salud tiene que ver con la intervención a nivel de los procesos de determinación del proceso salud enfermedad y un enfoque del derecho a la salud en su sentido amplio, es coherente con esta perspectiva que puede constatarse como una visión fundadora de la Salud Pública y que se encuentra en los aportes que desde el siglo XVIII hicieron pioneros como Frank, Chadwick, Villermé, Virchow y otros, no obstante olvidada posteriormente hasta su resurgimiento en la década de 1970 con el informe Lalonde en Canadá y desarrollada en las décadas subsiguientes hasta cuando se dio un fuerte impulso a nivel mundial con la conformación de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud en la OMS en 2005.

Justamente esta Comisión declara en 2008 que:

La mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual a nivel mundial y nacional del poder, de los ingresos, los bienes y los servicios y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población en forma inmediata y visible (acceso a la atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera (15).

Menos reconocido mundialmente pero también en la década de los años 1970, en Latinoamérica el movimiento de Medicina Social, comenzó a enunciar su planteamiento de la determinación social de la salud el cual es diferente del anterior desde el punto de vista epistemológico y conceptual.

Como lo afirma Breilh, se trata de “rebasar los moldes de la salud pública funcionalista de entonces, haciendo visible la relación entre estructura social y salud; recuperando categorías fundamentales de las ciencias sociales críticas, como sistema económico, el trabajo y la clase social” (16) .

De acuerdo con este movimiento de la Medicina Social Latinoamericana, los procesos salud-enfermedad, sus representaciones sociales y las diversas

respuestas sociales frente a ellos, “son expresiones históricas de los diferentes colectivos humanos cuyas explicaciones fundamentales sobrepasan la causalidad más próxima y por supuesto el ámbito de la biología” (17).

Un proceso social, reconocido como determinante de los procesos salud-enfermedad en la población es la exclusión social. Los excluidos son los que están afuera del conjunto de la sociedad y son afectados por la falta de acceso a las condiciones de vida que le garanticen el bienestar y por ende el derecho a la salud (18).

La exclusión se entiende como un proceso mediante el cual se despoja a los individuos de su dimensión humana y de esa manera se les impide la posibilidad de ser sujetos de su propio proceso social. Se les niega su condición humana y su posibilidad de realización como sujetos, además de los derechos de ciudadanía (18).

Un lugar que representa la quintaesencia de la exclusión social porque él mismo es un lugar de exclusión, pero además porque se ha convertido históricamente en lugar de recepción de los excluidos de la sociedad es la cárcel (19).

En uno de sus estudios, Cabrera constata la misma realidad de que las PPL pertenecen a los grupos más desfavorecidos de la población (19). En Colombia, la población privada de la libertad se distingue por pertenecer a los grupos sociales más pobres, con ocupaciones antes de la captura, ubicadas en el sector informal, comercio, agricultura o la actividad del “Rebusque”, con bajo acceso a servicios básicos especialmente de salud y educación y con bajos ingresos económicos (20).

Adicionalmente, las condiciones de vida de los establecimientos de reclusión, hablan de esa misma exclusión y de sus consecuencias en el estado de salud de las PPL la cual en diferentes estudios en muy diversas partes del mundo demuestran que su salud es más deteriorada que en la población general (21).

Por otro lado, las evidencias muestran que las condiciones particularmente relacionadas con la atención en salud, que se desarrolla en las prisiones se ve

afectada por las limitaciones de la libertad en razón de su condena lo que restringe la realización del derecho a la atención en salud como componente del derecho a la salud (22), el cual se reconoce en una situación de grave inequidad con respecto de la población general (23), (24).

En Latinoamérica, en muchos casos se ha evidenciado que asuntos como la custodia reducen la oportunidad de los internos para acceder a los servicios de salud dado que las prioridades en las prisiones se centran en el orden, el control y la disciplina (25), (26).

Adicionalmente, se constata un estado de salud de la población penitenciaria mucho más deteriorado y con mayor necesidad de recursos sanitarios (21). La demanda de asistencia sanitaria en prisión se ha calculado que es entre tres y ocho veces superior a la de la población general (27).

En México particularmente, se han encontrado problemas para el acceso a agua para beber, alimentos insuficientes, falta de atención médica oportuna, problemas en el suministro de los medicamentos, además, la sensación de mayor inseguridad en la cárcel que afuera y problemas de hacinamiento (28).

En nuestro país se han reconocido graves problemas de hacinamiento penitenciario, además de problemas de saneamiento ambiental, escasez de agua, deficiencias de alcantarillado y contaminaciones alimentarias (29), (30).

De acuerdo con la Defensoría del pueblo, en Colombia en 2010 solamente un 15% de los establecimientos carcelarios tenían la aprobación de garantía de calidad para prestar servicios de salud en sus áreas de sanidad, exigida por el Ministerio de la Protección Social; el 30% de los establecimientos del país no tienen un plan especial para la atención oportuna y según los protocolos de seguridad que exige el INPEC, el proceso de asignación de citas es dispendioso; en el 44% de los establecimientos no hay un protocolo mínimo para agilizar el ingreso a ellos de los profesionales de la salud ni de sus equipos; en el 37% de las cárceles a los internos no se les provee oportunamente los medicamentos recetados y en el 67% no se asigna

oportunamente las citas médicas con especialistas; en solo el 71% de las cárceles hay servicio médico, solo el 57% cuenta servicio odontológico y solo el 41% tienen servicio de farmacia (31).

En 2012, nuevamente la Defensoría del Pueblo analiza la situación de derechos humanos de las PPL pero esta vez lo hace a la luz de la sentencia T 153 de 1998 (32) donde se había declarado el estado de cosas inconstitucional en las cárceles del país y se reitera que el panorama no ha cambiado y que continúan vigentes los problemas abordados en ese entonces por la sentencia; es decir que seguían los problemas de hacinamiento, la ausencia de clasificación entre internos, la carencia de personal de guardia, deficiencia en infraestructura para la atención en salud, los problemas con el suministro de agua potable y fallas en las redes hidrosanitarias entre otros (33).

A pesar de lo evidenciado por la Defensoría para este momento, nuevamente en 2013 con la sentencia T 388 (34) se reitera el estado de cosas inconstitucionales que básicamente llaman la atención sobre las condiciones de hacinamiento, deterioro de la infraestructura, tratos crueles y en términos generales la deshumanización de las personas en contextos de privación de la libertad.

Más recientemente en el año 2015, la corte nuevamente advierte el estado de cosas inconstitucionales reflejada en la persistencia de hacinamiento y fallas de carácter estructural que exigen la colaboración de otras entidades para la superación de la crisis (35).

Siendo consciente de esta crisis, desde el año 2012 el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC solicitó al Ministerio de Justicia se decretara el estado de emergencia carcelaria el cual fue negado para este momento y solo hasta el año 2013 se emite concepto favorable para declarar la emergencia carcelaria y nuevamente el 6 de mayo de 2016 ante la grave crisis que se presenta en las cárceles del país se decreta nuevamente la emergencia carcelaria (36).

Debido a todo lo anterior, la Corte Constitucional ha proferido pronunciamientos importantes en la materia indicando los casos en los que procede la protección del derecho a la salud mediante acción de tutela y enfatizando en la necesidad de garantizar este a través de este mecanismo.

En este trabajo, cobra importancia la figura antes descrita dado que esta entidad judicial en Colombia es la encargada de velar por el cumplimiento de lo establecido en la Constitución Política. Se conoce entonces que en ella se ha dado un debate en torno al derecho que no solo se limita a la discusión del acceso a los servicios de salud, si no que se discute la relación de otros procesos que determinan este derecho, asunto que se relaciona plenamente con la perspectiva de la determinación base de este trabajo.

En Colombia, el derecho a la salud de las PPL ha sido un tema del cual se ha ocupado órganos como la Corte Constitucional, dado que esta cobra una exigibilidad especial en razón de la privación de la libertad.

Para dar cuenta de lo anterior, una importante recopilación de sentencias expedidas por la Corte Constitucional exigiendo específicamente la protección de este derecho puede verse en el Anexo 1 de este trabajo.

De acuerdo con las condiciones ya manifestadas de exclusión social en las cuales viven los sujetos de este estudio, es evidente que su voz es una voz silenciada y que carece de reconocimiento en sociedades como la nuestra, lo cual inspira este trabajo, tratando de prestar la voz para aquellos que no la tienen y con el propósito e visibilizar su situación, como condición inicial para poder ser intervenida y transformada.

En este sentido, desde una perspectiva de análisis como la determinación social de la salud del proceso salud enfermedad, la exclusión aparece como producto de unos procesos sociales que producen una determinada forma de enfermar o morir asunto importante para el campo de la salud pública.

Conociendo entonces que las Personas Privadas de la Libertad –PPL- hacen parte de los grupos humanos que mayor exclusión sufren y por tanto pueden estar más alejados del goce del derecho a la salud entre otros y que en nuestro medio este tipo de estudios no se han hecho específicamente en las PPL bajo una concepción amplia del derecho a la salud, en concordancia con el concepto a la salud más allá de la ausencia de enfermedad y bajo la perspectiva de la determinación social del proceso salud enfermedad cobra especial importancia la realización de este tipo de estudios que pretendió comprender las experiencias y los significados que sobre el derecho a la salud tienen las personas privadas de la libertad, tomando como caso el Establecimiento Penitenciario y Carcelario –EPC- La Paz de Itagüí Antioquia para el año 2014.

Pregunta de investigación

Este estudio pretendió dar respuesta a la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las experiencias y los significados que sobre el derecho a la salud tienen las PPL en el Establecimiento Penitenciario y Carcelario –EPC- La Paz de Itagüí?

2 Objetivos

2.1 Objetivo General

Comprender las experiencias y los significados sobre el derecho a la salud de las PPL en el Establecimiento Penitenciario y Carcelario La Paz de Itagüí, Antioquia 2014.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar cuáles son los conceptos de salud de las PPL en el EPC La Paz de Itagüí como base para su interpretación sobre el derecho a la salud.
- Reconocer las experiencias en torno al derecho a la salud de las PPL durante su periodo de reclusión en el EPC La Paz de Itagüí, Antioquia 2014.
- Determinar los significados sobre el derecho a la salud de la PPL en el EPC La Paz de Itagüí, Antioquia 2014.

3 Marcos de referencia

3.1 Derecho a la salud y Derechos Humanos

Durante la última década del siglo XX y la primera de este nuevo siglo, los debates en salud pública fueron dominados por la era de las llamadas reformas a los sistemas de salud cuyo eje principal fueron los análisis costo efectividad, sin embargo en los últimos años, según Stolkiner, estos debates han visto posicionarse el enfoque de derechos en las políticas públicas, basado en la normativa internacional sobre derechos sociales, lo cual influyó en el planteamiento de renovación de estrategias como la de la atención primaria en salud (APS), garantista del derecho a la salud (4).

En ese mismo sentido, Borrero afirma que en las actuales condiciones — globalización, incremento de las inequidades en salud y en las condiciones de vida, debate sobre inequidades sanitarias, determinantes de la salud y justicia global—, el discurso de los derechos humanos y, específicamente, de derecho a la salud adquiere vigencia y se está convirtiendo, como lo plantea Stolkiner, en una potente idea-fuerza (5).

Los derechos humanos no han existido siempre, muy por el contrario son un producto histórico que como lo afirma Gaviria, “cuando se habla de derechos humanos se hace referencia a un acontecimiento muy importante en la historia de la humanidad y, específicamente de la historia de occidente” (6), estos representan en su origen el inicio de la modernidad occidental (4) y se reconocen, como la concreción de una determinada idea de dignidad humana además de expresar un ideal de libertad e igualdad humana reconocidas ahora por los ordenamientos jurídicos nacionales e internacionales (7).

La primera declaración de derechos, se hace en el marco de la denominada Revolución francesa en el siglo XVIII y se formulan con una pretensión de universalidad. En este momento de la historia, estos son llamados Derechos de

Primera Generación (6) y conocidos también como derechos liberales e igualmente como derechos civiles y políticos (7).

En esta evolución se comprende posteriormente que para que los derechos civiles y políticos sean realmente efectivos, es necesario asegurar una serie de condiciones y servicios que garanticen efectivamente una vida digna lo que desembocó en una declaración de un conjunto de derechos que se han dado en llamar derechos de segunda generación o derechos económicos, sociales y culturales- DESC-. Se ha dicho adicionalmente que estos nacen en los Estados europeos y americanos del siglo XIX, fruto de las luchas por la igualdad de diferentes sectores sociales en el marco de los procesos de industrialización (7).

Según Borrero, el pensamiento liberal ha caracterizado los derechos civiles y políticos como derechos negativos, en el sentido que el Estado no debe intervenir en ellos más allá de garantizar su respeto, mientras que otros consideran que el Estado debe intervenir para garantizar su protección. A su vez los DESC, se consideran derechos positivos en el sentido que estos obligan al Estado a diseñar políticas y destinar recursos para su protección (5).

Por su parte como lo afirma Paredes, "Los derechos sociales solo se desarrollaron en el siglo XX, y especialmente después de la Segunda Guerra Mundial; inicialmente se otorgaron a las clases trabajadoras, a través de diferentes tipos de instituciones que en conjunto constituyeron el Estado-Providencia" (37).

3.1.1 La salud, un derecho humano fundamental

Siguiendo a Paredes (37),

La posibilidad de creación y realización del hombre a nivel personal y social hace parte de la dignidad humana, y si la salud es básica para que el hombre pueda lograr su pleno desarrollo y expresar sus potencialidades creativas y productivas, esta es inherente a ella y por tanto hace parte de la realización integral de los derechos humanos, que es la que permite materializar la vida digna (37).

De la misma manera, como lo sostiene Laurell, siendo que “la salud está en íntima relación con la preservación de la vida y el desarrollo de capacidades humanas y es ella misma una necesidad humana básica en sentido estricto, todo ser humano debería tener derecho a la satisfacción óptima de esta necesidad” (1).

En igual sentido, el numeral 12 del PIDESC, reconoce el derecho de cada persona al nivel más alto de salud (9).

En ese mismo sentido, se comprende que el derecho a la salud está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos que abordan los componentes integrales del mismo tales como “el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación. Esos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud” (10).

Al respecto, la Observación No. 14 de la ONU establece que “el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud” y que este “más alto nivel posible de salud”, tiene en cuenta tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona lo mismo que los recursos con que cuenta el Estado (9).

Esta consideración de la salud como un derecho humano es ratificada por los países reunidos en Alma Ata cuando declararon en su artículo I que:

La salud, es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud (38).

Y agregó en su artículo V que: “Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas” (38).

En este sentido, con respecto al derecho a la salud se ha establecido que al igual que todos los derechos humanos, el derecho a la salud impone tres tipos de obligaciones a los Estados: respetarlos, protegerlos y cumplirlos (9).

La obligación de respetar exige que los Estados se abstengan de injerirse directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud. La obligación de proteger requiere que los Estados adopten medidas para impedir que terceros interfieran en la aplicación de las garantías de tal derecho y en cuanto a la obligación de cumplir se concreta en el denominado “contenido mínimo esencial” que incluye el acceso universal a bienes y servicios de salud, a medicamentos esenciales a asistencia médica y sanitaria preventiva y curativa, a un plan nacional de salud pública, a la provisión de seguro y de servicios de salud para quienes carecen de recursos; además a la educación e información en salud y a la cooperación internacional. El CME es de “efecto inmediato e independiente de los recursos económicos” y cuyo cumplimiento debe ser de carácter inmediato y no sujeto a disponibilidad económica o voluntad política de los Estados (9).

En este contexto, el concepto de derecho a la salud se define como “el goce máximo de bienestar que comprende tanto la acción de conservación para evitar y prevenir la enfermedad, como la acción de restablecimiento para recuperar la calidad de una vida digna” (9).

Desde el punto de vista de su contenido este derecho se considera satisfecho en la medida en que estén dadas las condiciones individuales y colectivas para el goce pleno del mismo (2), y se consagra en la Declaración Universal de los Derechos Humanos –DUDH- promulgada en 1948, en su artículo 25, donde se estableció la salud como un derecho fundamental y del cual todos los seres humanos deben gozar sin discriminación alguna (39).

En esta perspectiva, es claro entonces que el derecho a la salud es comprendido más allá del acceso a los servicios de salud y de la disposición y asignación de recursos para la atención en salud, lo cual se ratifica en el PIDESC (9), que estableció la interdependencia del derecho a la salud con otros derechos y señaló los compromisos estatales respecto a la realización del mismo para el disfrute universal del más alto nivel de salud física y mental de las poblaciones (3).

No obstante, el acceso a los servicios de salud es un componente muy importante del derecho a la salud y aquí merece un capítulo aparte. En este sentido, autores como Echeverry consideran que “el acceso a los servicios de salud es el componente del derecho a la salud más tangible y valorado por la población” (16).

A propósito del acceso, de acuerdo con Vargas-Lorenzo, y a pesar de la importancia concedida por las reformas y por los investigadores sobre el impacto de las mismas, se reconoce que el acceso es un concepto mal definido, muchas veces confundido con otros términos como accesibilidad, disponibilidad o búsqueda de atención. Según esta misma autora, al respecto se observan dos tendencias: una definición de acceso como el ajuste entre las características de los servicios y de la población de un lado, y del otro una suerte de equiparamiento con la utilización de los servicios (40).

Para Donabedian por ejemplo, el acceso significa ingreso al sistema de atención en salud donde las características del mismo y de la población pueden determinar la posibilidad de ingresar o no, pero la prueba de acceso no consiste en la

disponibilidad de los servicios y recursos sino que los servicios sean utilizados efectivamente (41).

Para Frenk por su parte, el acceso es el resultado de un proceso que inicia con la percepción de la necesidad de salud, que impulsa la búsqueda de su satisfacción y la obtención efectivamente del servicio buscado, mientras que la accesibilidad es la relación funcional entre barreras de búsqueda y obtención de la atención (42).

No obstante, el modelo más utilizado para el análisis del acceso a los servicios de salud es el de Aday y Andersen, los cuales, como lo dicen Garza-Elizondo y otros, definen el acceso como la constitución de una serie de componentes tales como, las políticas de salud, las características de la población y del sistema de prestación de servicios, la utilización de los mismos y finalmente la satisfacción de las necesidades del usuario (43).

Del modelo de Aday y Andersen, se ha hecho un modelo adaptado para el caso colombiano el cual se presenta a continuación.

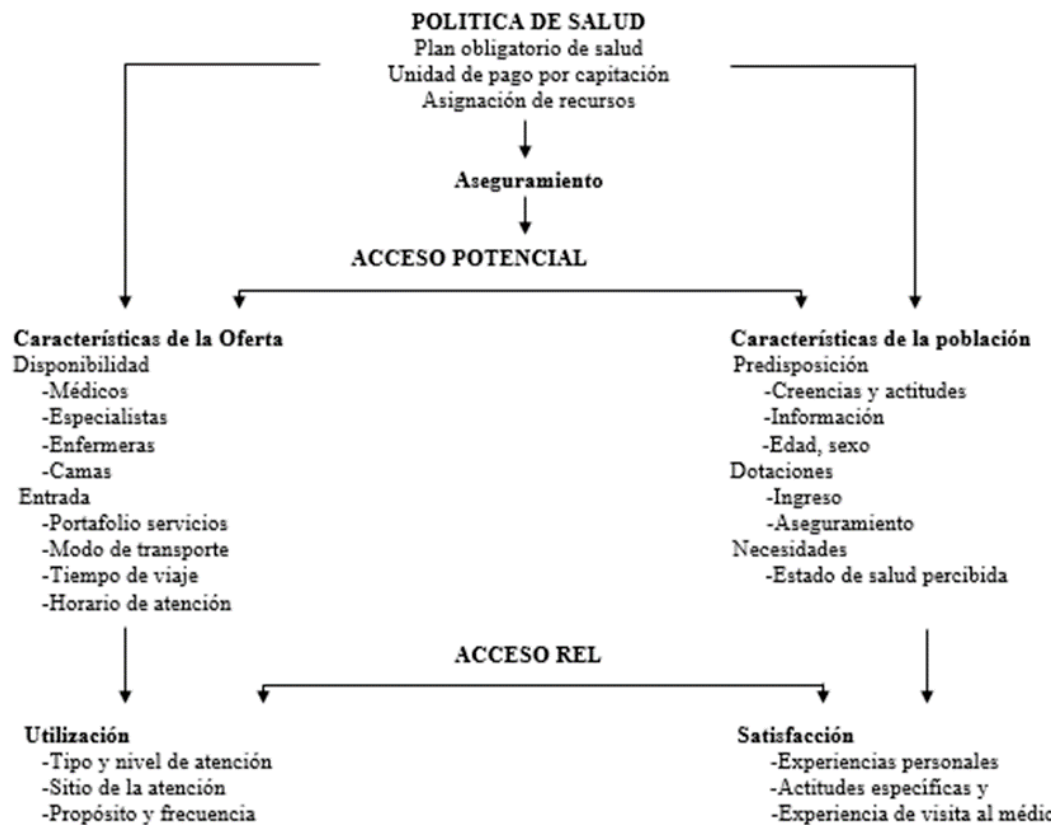


Figura 1. Condiciones de accesibilidad a los servicios de salud (Adaptado de Andersen y Aday, 1974) (44).

Como puede verse en el modelo, se distinguen aquí tres componentes denominados, política de salud, acceso potencial, el cual contiene las características de la oferta de servicios y las características de la población y finalmente el acceso real como tercer componente, en el cual se diferencian la utilización y la satisfacción.

3.1.2 Un concepto de salud coherente con la perspectiva de la salud como derecho

De acuerdo con Sen, la salud es una de las condiciones más importantes de la vida humana (3).

Al hablar aquí del derecho a la salud en sus dimensiones individual y colectiva el concepto de salud al que se alude es aquel que la liga al concepto de bienestar, que va más allá de la definición negativa de salud, expresada en su definición como ausencia de enfermedad, y el cual considera la misma como un parámetro de medición del desarrollo. Esta concepción de la salud la sitúa en la base del desarrollo humano, ya que el logro del bienestar pleno de las personas permite la expresión de sus capacidades creativas y productivas (37).

La salud como noción positiva se desliga del concepto de enfermedad y es el soporte fundamental de la salud pública más allá de las ciencias médicas (45). La OMS la definió con el término de completo bienestar y del mismo modo la carta de Ottawa la definió como una capacidad de las personas y los pueblos (46).

En este sentido, la salud es igualmente considerada como un fenómeno social y producto del contexto en el cual se manifiesta. Al respecto, Desde la década de 1970, diferentes autores latinoamericanos han propuesto considerar la salud y las enfermedades como el resultado complejo y dinámico de procesos sociales (47), (48).

3.2 La perspectiva de la determinación social del proceso salud-enfermedad

El reconocimiento de la relación entre la salud y las condiciones sociales de los conglomerados humanos ha estado presente por siglos en la historia de la salud pública, lo que ha rescatado la naturaleza social del proceso salud-enfermedad. En este sentido, Son numerosas las referencias en la literatura a autores tales como John Peter Frank, Rudolf Virchow, Louis Villermé, Edwin Chadwick, Friedrich Engels, William Farr y otros desde el siglo XVIII que lograron demostrar dicha relación (49).

Son célebres por ejemplo, los trabajos de Villermé entre 1817 y 1840 sobre la morbilidad y la mortalidad en los barrios de París donde hace correlaciones entre posición social y estado de salud. Del mismo modo los de Edwin Chadwick en Inglaterra, publicados en 1842 que puso en evidencia la relación entre las

condiciones de vida y la salud de la población asalariada. Igualmente, los de Rudolph Virchow con su estudio sobre la epidemia de tifo en la Alta Silesia, cuando estableció la relación entre la mortalidad y las condiciones de vida y prescribió como tratamiento, además de los cuidados médicos, la democracia, la educación, la libertad y la prosperidad (50), (51).

No obstante, esta perspectiva permaneció por mucho tiempo oculta en el desarrollo de la salud pública y las ciencias médicas hasta que en la década de 1970 reapareció con fuerza y logró posicionar el término de determinantes de la salud. En efecto, la aparición del modelo denominado de campo de salud propuesto por Laframboise en 1973 y que fuera desarrollado ampliamente por Lalonde en 1974, plantea que el nivel de salud de la población es el resultado de la interacción de cuatro “factores” como son, los estilos de vida, el ambiente, la biología y los servicios de salud. (52), (53) (Ver figura 2). A este planteamiento se le debe el nombre de los Determinantes de la salud.

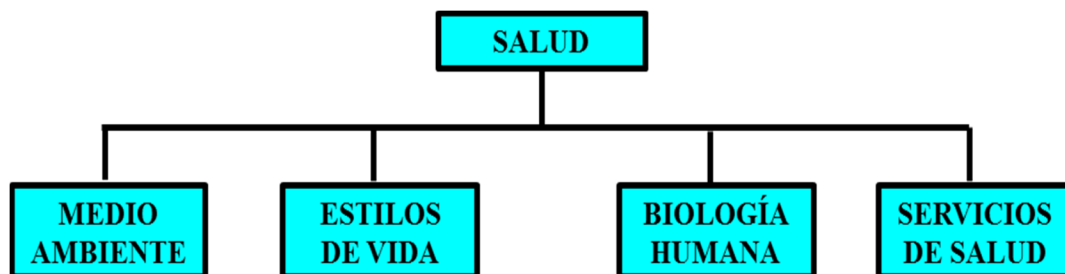


Figura 2. Marco Conceptual del campo de salud

Fuente: Lalonde, M. A New perspective on the health of Canadians.

Como ha sido reconocido, el planteamiento central de la idea de la salud como campo fue de enfatizar que los servicios de salud constituyen solo uno de los factores y en realidad el de menor fuerza y que los principales factores se hallan en el amplio espectro de condiciones sociales y económicas en que vive la gente (54), (55) como “la situación de pobreza, las injusticias, el déficit de educación, la inseguridad en la nutrición, la marginalización social y la discriminación, la

protección insuficiente de la infancia temprana, la discriminación contra la mujer, la vivienda insalubre, el deterioro urbano, la falta de agua potable, la violencia generalizada, las brechas y disparidad en los sistemas de seguro social” (55).

Más simplemente, las características sociales dentro de las cuales la vida tiene lugar incluyen “las características específicas del contexto social que influyen en la salud como las vías por las cuales las condiciones sociales en que la gente vive se traducen en efectos en salud” (54), a estas características sociales es a lo que se ha llamado los Determinantes sociales de la Salud.

Un gran impulso a esta visión, lo constituyó la conformación de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), por la Organización Mundial en 2005, la cual, en su informe final en 2008, declara que:

La mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual a nivel mundial y nacional del poder, de los ingresos, los bienes y los servicios y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población en forma inmediata y visible (acceso a la atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera. (15)

Esta Comisión diseñó un marco conceptual y lo presentó a la comunidad científica en 2007 como Marco conceptual de los determinantes de la salud y de las desigualdades en salud, el cual se presenta en la figura 3.

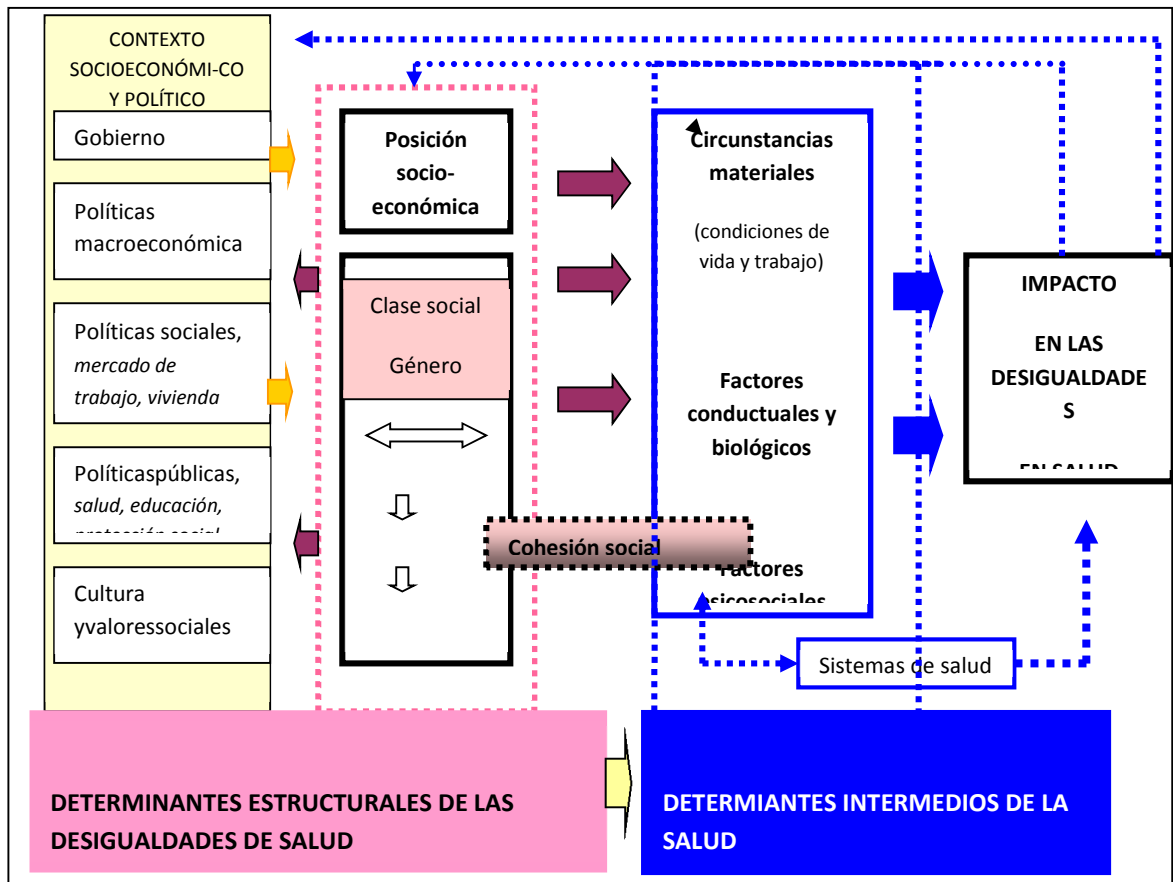


Figura 3. Modelo Conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS.

Fuente: Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud, OMS (2007)

También en Latinoamérica y desde la década de los años 70 el movimiento de Medicina social, comenzó a enunciar su planteamiento de la determinación social de la salud el cual es diferente del anterior desde el punto de vista epistemológico y conceptual (16).

Como lo afirma Breilh, se trataba de “rebasar los moldes de la salud pública funcionalista de entonces, haciendo visible la relación entre estructura social y salud; recuperando categorías fundamentales de las ciencias sociales críticas, como sistema económico, trabajo y clase social” (16), ausentes estos del

planteamiento de factores sociales, de la posición de la salud pública oficial o dominante.

Para este movimiento latinoamericano, los procesos salud-enfermedad, sus representaciones sociales y las diversas respuestas sociales frente a ellos, son expresiones históricas de los diferentes colectivos humanos cuyas explicaciones fundamentales sobrepasan la causalidad más próxima y por supuesto el ámbito de la biología (17).

Se presenta entonces la determinación social de la salud como:

Un paradigma que busca acompañar el esfuerzo histórico de los pueblos por derrotar y desmontar el sistema actual de acelerada acumulación de capital, exclusión social y destrucción de la naturaleza, con su modo civilizatorio consumista, contaminante y derrochador. Un paradigma que se piensa y avanza en trance de transformación integral de la sociedad capitalista no sólo para conseguir metas puntuales –convencionalmente medidas en indicadores de calidad de vida, como los de ingreso, educativos, y sanitarios- sino para emancipar a la sociedad y conseguir la vigencia plena de los 4 rubros de la vida: sustentabilidad, soberanía, solidaridad y salud/bioseguridad integral (48).

Este paradigma, sustenta que sólo en ese marco es posible liberar la economía de su lógica de la muerte y de su esclavitud, la política de su papel de dominación y hegemonía, la cultura de su papel alienante que distorsiona y al ser humano de ese destructivo antropocentrismo; de esta manera se superan las formas mal sanas de vivir que conducen a los individuos al padecimiento de las enfermedades (48).

3.3 Asistencia sanitaria en las cárceles: algunas consideraciones normativas

La atención sanitaria ha sido objeto de la legislación internacional donde se ha impuesto como una obligación de los gobiernos. A nivel de La Naciones Unidas desde 1955 se aprobaron las llamadas Reglas Mínimas Para El Tratamiento De Los

Reclusos en las que se incluyeron los servicios médicos a ofrecer a esta población (56).

Posteriormente otras resoluciones se han ocupado entre otras cosas del derecho a la salud y de la atención sanitaria en particular como el Conjunto de Principios para la Protección de las Personas Sometidas a Cualquier Forma de Detención o Prisión (57), los Principios Básicos para el Tratamiento de Reclusos (58) y los Principios de Ética Médica aplicables a la Protección de Personas Presas o Detenidas contra la Tortura (59) donde se especifica el deber del personal sanitario frente a esta población. Finalmente, la Asociación Médica Mundial da su concepto sobre cómo debe ser la Atención de Pacientes Prisioneros (60).

Por su parte, la oficina regional de la OMS para Europa se ocupó del asunto y produjo el documento denominado Health in Prissions en el cual estableció las recomendaciones para los países en términos del derecho a la salud, la responsabilidad de los Estados y los establecimientos carcelarios además de los principios y condiciones para la atención sanitaria de las PPL y la promoción de la salud (61).

Estos principios, serían recogidos luego también por la Organización Panamericana de la Salud. De acuerdo con estos planteamientos, el derecho a la salud no se pierde por estar privado de la libertad y se insta a toda sociedad al respeto por el derecho a la salud de estas personas y a los Estados a garantizar y promover las condiciones adecuadas para el mismo, es decir, la relación médico-paciente, información y educación en salud y atención integral en los servicios del cuidado y protección de la salud, al igual que para el resto de la población (62).

En Colombia existe un Código Penitenciario y Carcelario expedido mediante la Ley 65 de 1993, el cual establece como uno de los principios rectores del Sistema carcelario del país el respeto por la dignidad humana y los derechos humanos de todas las personas y en su Título IX establece el denominado Servicio de Sanidad como responsable de velar por la salud de los internos, integrando acciones de

atención así como la promoción y vigilancia de la alimentación y de las condiciones tanto laborales como ambientales al interior de los establecimientos (63).

Adicionalmente, el Reglamento General del Consejo Directivo del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario, INPEC expedido mediante Acuerdo 011 de 1995, en su capítulo VII reglamenta el servicio de salud incluyendo programas de saneamiento ambiental, de salud ocupacional, de prevención de la enfermedad, de atención en salud y provisión de medicamentos (64).

En general el derecho a la salud de las PPL se enmarca en el conjunto de normas establecidas para la población general en el país. De acuerdo con la Constitución Política Colombiana – CP- el derecho a la salud se considerado en conexidad con el derecho a la vida, siendo de esta manera un derecho humano fundamental. En particular la CP en los artículos 48 al 50, se ocupa de establecer tanto la seguridad social como la atención en salud como derechos irrenunciables de todos los habitantes del territorio nacional (11).

En ese sentido se expide posteriormente la Ley 100 de 1993 cuyo propósito es garantizar el derecho a la salud creando el Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS- (65) y a partir de la Ley 1122 de 2007, se incluye en este Sistema a las PPL (66), lo cual es reglamentado posteriormente por los decretos 1141 de 2009 (67) y Decreto 2777 de 2010 determinando su afiliación al SGSSS (68); Posterior a esta normativa, en 2015 se presentan los nuevos Decretos 1069 (69) y 2245 (70) que abordan el tema de la salud para esta población.

No obstante, como se ha dicho, ya en este proyecto, el acceso a servicios es un componente muy importante del derecho a la salud. Este componente asistencial ha servido para definir los contenidos mínimos del derecho a la salud que como lo dice Echeverri, comprende, el acceso universal a bienes y servicios de salud, a medicamentos esenciales, asistencia médica, a un plan nacional de salud pública, entre otros (9). Sin embargo, Tal que ha sido recalcado, el derecho a la salud tiene

en cuenta los procesos sociales en los que se determina el proceso salud enfermedad ya señalados en este documento.

3.4 La cárcel, el derecho a la salud y el proceso salud-enfermedad

En el marco de este estudio sobre el derecho a la salud referido particularmente a las PPL y en los establecimientos, aparecen una variedad de términos tales como cárcel, penitenciaria, centros penitenciarios y centros de reclusión, así como los de persona privada de la libertad y privación de la libertad, que se piensa se deberían aquí revisar para dejar claro su significado y el ámbito particular de este estudio.

De acuerdo con Hidalgo, el término de cárcel, se refiere a una institución que nace a consecuencia del delito y utilizada desde tiempos remotos como el sitio donde se cumplen funciones de aseguramiento y retención de los delincuentes, con el fin de que no se eludieran las consecuencias jurídicas de las penas impuestas por sus acciones antisociales (71).

En cuanto al concepto de centro penitenciario, estos según Miquelarena, “aparecen con la civilización y con las nuevas estructuraciones de la sociedad, en las que comenzó a surgir una intensa preocupación por anular el crimen por medio de la utilización de la prisión entendida como detención y no como castigo” (72).

El avance que se logra para este momento de la historia con este concepto, es el inicio de pensar la manera de cómo se debían afrontar los crímenes, el tratamiento para quienes los cometían y las sanciones que debían ser aplicadas a las personas como consecuencias de sus actos (72).

En la actualidad en materia penitenciaria y carcelaria, son las legislaciones de cada país quienes se encargan de la distinción entre estos conceptos a través de interpretaciones normativas. En este sentido, para el caso colombiano, la Ley 1709 de 2014 (73), (reforma al código penitenciario y carcelario colombiano) se ocupa de estos conceptos refiriéndose a ellos de la siguiente manera en sus artículos 21 y 22:

En el artículo 21 se establece que

Las cárceles y pabellones de detención preventiva son establecimientos con un régimen de reclusión cerrado. Estos establecimientos están dirigidos exclusivamente a la atención de personas en detención preventiva”. No obstante agrega que “podrán existir pabellones para detención preventiva en un establecimiento penitenciario para condenados, cuando así lo ameriten razones de seguridad, siempre y cuando estos se encuentren separados adecuadamente de las demás secciones de dicho complejo y de las personas condenadas. (73)

Por su parte en el Artículo 22, se definen las penitenciarías como “establecimientos destinados a la reclusión de condenados y en las cuales se ejecuta la pena de prisión, mediante un sistema progresivo para el tratamiento de los internos...estos centros de reclusión serán de alta o máxima, media y mínima seguridad”.

Con base en lo anterior, según la legislación colombiana, las cárceles entonces, son los lugares para la detención preventiva, o sea, los sitios donde están solamente las personas a las que se están procesando, mientras que las penitenciarías son lugares para la ejecución de la pena privativa de la libertad, es decir, de aquellos que ya han sido condenados por cualquier delito tipificado en el código de procedimiento penal y cuya sanción es impuesta por una autoridad judicial.

Con respecto al término privación de la libertad, instituciones como la Comisión Interamericana de Derechos Humanos de la Organización de Estados Americanos se refiere a este concepto como:

Cualquier forma de detención, encarcelamiento, institucionalización, o custodia de una persona, por razones de asistencia humanitaria, tratamiento, tutela, protección, o por delitos e infracciones a la ley, ordenada por o bajo el control de facto de una autoridad judicial o administrativa o cualquier otra autoridad, ya sea en una institución pública o privada, en la cual no pueda disponer de su libertad ambulatoria (74).

Como puede verse, este concepto de privación de la libertad es sumamente amplio e involucra no solo a quienes han sido procesados o condenados por delitos y a

instituciones como la cárcel, sino a todas las circunstancias institucionales y legales en las cuales la persona no puede hacer uso de su libertad. Sin embargo este estudio solo tiene en cuenta a las cárceles como institución y a las personas que estando dentro de ellas, están privadas de la libertad.

Finalmente, enfocándose en el concepto de Persona Privada de la Libertad –PPL- objeto del estudio, remite a aquellas personas que inician un proceso de rehabilitación en una institución penitenciaria con el fin de luego ser reintegrados a la sociedad. En este sentido, resulta clave el papel del Estado dado que estas personas se encuentran bajo la tutela del mismo en una relación de detención especial que los sitúa en una condición de vulnerabilidad que obliga a este órgano a brindar protección especial hasta el punto de convertirse en garante de sus derechos (75).

Ser PPL entonces, también se refiere a aquellas personas que se encuentran bajo la custodia de una autoridad penitenciaria que ejerce control y dominio sobre esta. Dicha autoridad penitenciaria es entonces quien representa al Estado y se caracteriza por la intensidad con que esta puede regular sus derechos y obligaciones por las condiciones propias del encierro, donde las PPL por cuenta propia no pueden satisfacer una serie de necesidades básicas que resultan esenciales para el desarrollo de una vida digna (75).

3.4.1 La Cárcel y su contexto histórico

A lo largo de la historia de la humanidad, la cárcel aparece desde que el hombre tuvo la necesidad de contener las acciones de sus enemigos. Las primeras cárceles a las que se hace mención en la historia, fueron cuevas, tumbas y cavernas entre otras, adaptadas para cumplir la finalidad de separación de aquellos que se consideraban peligrosos para la sociedad o el Estado (76).

De acuerdo a lo planteado por Monteverde, las cárceles desde el pasado han representado el medio de represión, contención y eliminación del delito. Son entonces, el medio legal mediante el cual la sociedad impone el castigo de privación

de la libertad a aquellos individuos que transgreden las normas, las reglas y las leyes. Las características de estos métodos en las distintas naciones, estados y repúblicas, representan el avance de la sociedad o el retroceso de su humanidad (77).

Para determinar en qué momento aparecen los establecimientos de reclusión, debe tenerse en cuenta el carácter social e históricamente determinado del concepto de pena, la cual parece ligado al desarrollo del género humano, toda vez que el hombre que violaba los derechos del clan, de la tribu de la gens e incluso de la familia, debía ser sometido a un escarmiento (78).

Inicialmente, las penas eran de carácter corporal y extintivo, posterior a esto, con la ley del Talión, solo se cobraba el daño efectivamente recibido. Generalmente, las penas se ejecutaban en un lugar público de manera que sirviera de escarmiento; luego, en el siglo XI entra en auge la idea de “venganza divina”, donde el delito era considerado pecado (78).

En Colombia, el orden penitenciario vino a tomar horizonte a finales del siglo XVIII y comienzos del XIX, en lo jurídico, lo social, lo doctrinario y lo político. En este rumbo, según Chacón, jugó un papel importante el pensamiento griego, la ideología cristiana y la iglesia católica, con sus respectivos papados (78).

En la primera mitad del siglo XIX se generó una escuela denominada “Ciencia de las Prisiones”, que funcionó en Tunja hasta la década de los 40 y luego se convirtió en departamento de justicia con el nombre de “División General de Establecimientos de Detención, Penas y Medidas de Seguridad”, tomando el nombre de Dirección General de Prisiones, adscrita al Ministerio de Justicia en la década de los 70 (78).

En 1992, mediante el Decreto 2160 se fusionó la Dirección General de Prisiones con el Fondo Rotatorio del Ministerio de Justicia y la Imprenta Nacional y se creó el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario –INPEC-(por medio de la ley 65 de 1993) con el objetivo de garantizar los derechos fundamentales a los reclusos (78).

La prisión en Colombia atravesó por diferentes épocas: una, llamada la época del asentamiento, donde surgen los penales, (1933-1956), considerada etapa de ensayo con relación a los controles sociales; seguida por la época llamada del desborde en la cual se implementan las cárceles del Distrito Judicial (1957-1971), en la cual se especializa la normatividad hacia un castigo selectivo de sospecha (detención preventiva), surgiendo el estereotipo criminal y naciendo así las cárceles “modelo”, por contar con diversos servicios (78).

Entre los años 1976-1994, se presenta la denominada época del reposo que se destaca por la desaparición de la isla prisión Gorgona. Una de las épocas más duras de la historia penitenciaria en Colombia es denominada la época crítica (1995-2001), principalmente caracterizada por el hacinamiento. Finalmente, la época del nuevo aire (desde 2001 - 2005), donde se crea el programa de mejoramiento del sistema penitenciario colombiano, mediante un convenio interinstitucional con el gobierno de Estados Unidos (78).

3.4.2 La cárcel, la exclusión social, y los procesos salud-enfermedad

Un proceso social y condición a la vez, que ha sido demostrado como un determinante social de la salud y que a su vez se resume como resultado de los procesos sociales de determinación social del proceso salud-enfermedad es la exclusión social. Esta que, para Castell, se ha convertido en un tema de primer orden tanto desde el punto de vista social, político y científico (79), y es, desde el enfoque de capacidades de Sen, “la privatización de capacidades nacida de las características relacionales de una colectividad dada” (80).

En ese mismo sentido, para Fleury, la exclusión se entiende como un proceso mediante el cual se despoja a los individuos de su dimensión humana y de esa manera se les impide la posibilidad de ser sujetos de su propio proceso social. Se les niega su condición humana y su posibilidad de realización como sujetos, además de los derechos de ciudadanía (18).

Como lo afirma Jiménez, La exclusión social se relaciona estrechamente con los procesos vinculados con la ciudadanía social, es decir, con los derechos y libertades básicas de las personas que tienen que ver con su bienestar (trabajo, salud, educación, formación, vivienda, calidad de vida,...) (81).

En consecuencia, se puede afirmar desde el punto de vista de la concepción del derecho a la salud adoptado antes en este mismo texto, que la exclusión social, como proceso privatorio de capacidades y de las condiciones de vida es atentatorio contra el disfrute de este derecho humano fundamental.

Por otro lado, con una doble justificación, la cárcel es considerada como lugar de concentración de la mayor exclusión en el seno de la sociedad. De un lado, la cárcel es lugar de exclusión, pero a la vez es el lugar de destino de los excluidos de la sociedad.

En efecto, la cárcel como lugar de exclusión ha sido señalada por autores como Cabrera quien afirma que,

De entre todos los espacios segregados (manicomio, hospicio, hospital, etc.), la cárcel es sin duda el lugar privilegiado en el que la exclusión social se quintaesencia y condensa hasta sus últimas consecuencias. Por su misma naturaleza, el encarcelamiento consiste en una exclusión...». La persona encarcelada es puesta aparte, segregada del contacto social...queda pues excluida de la relación y la vida social (19).

En un interesante trabajo de Antony, se muestra cómo la situación de la mujer Privada de la libertad es particular ya que para ella la prisión acarrea una particular situación de discriminación y estigmatización, en tanto siente afectado su papel ancestral asignado en la sociedad como madre, esposa y abuela. Ser delincuente y estar en prisión es doblemente estigmatizador para ellas, pues su calificación de "mala", contrasta con la imagen de docilidad, dependencia y sumisión, atribuida históricamente a la mujer (82).

Según García, para las reclusas que son madres, el principal trauma es la pérdida de sus hijos y su preocupación constante por ellos, en tanto en su mayoría son cuidadoras únicas o principales de los hijos pequeños. Adicionalmente, el encierro provoca muchas veces desintegración familiar y la pérdida de un soporte fundamental de su formación (83).

De la misma manera, aquellas mujeres que conservan en prisión a sus bebés y niños pequeños, por lo general quedan impedidas para participar en los programas educativos, de capacitación y trabajo. Igualmente se ha observado que debido al reducido número de cárceles para mujeres, muchas veces son llevadas mucho más alejadas de sus hogares, lo que hace más difícil el contacto y apoyo de sus familias y que por tanto, sufran mayormente el dolor de la ruptura familiar y el impacto negativo que la reclusión tiene para sus hijos (84).

Finalmente, en Colombia particularmente, instituciones como la defensoría del pueblo, evidencia como las mujeres privadas de la libertad tienen mayores restricciones para atender su visita íntima y atender sus necesidades sexuales en comparación con los hombres, no sólo por problemas de infraestructura de los centros de reclusión, sino también porque a ellas se les exige estar casadas o tener una relación formal de pareja con quien les realiza la visita conyugal. De igual modo, por lo general carecen de servicios médicos de ginecología y cuando están embarazadas, no siempre se les garantiza adecuada atención nutricional y en salud ni se dispone de una celda especial para esperar la llegada del recién nacido (85).

En el caso de los hombres, aunque el paso por la prisión puede contribuir a aumentar su prestigio en ciertos contextos de hombre rudo, igualmente significa un cambio drástico, ya que el hombre pierde uno de los derechos que más aprecia: la libertad. Esta situación se agrava aún más cuando se tiene familia y se es cabeza de hogar y en todo caso se entra en crisis cuando se afecta su rol tradicional de proveedor económico en la familia. Otro asunto que resulta clave en este proceso es la infidelidad femenina, sobre todo cuando las condenas son prolongadas (86).

En suma, tanto para los hombres como para las mujeres, la cárcel representa múltiples temores, dramas, incertidumbre y ruptura de relaciones familiares y sociales, lo cual crea en las personas reclusas sentimientos de soledad y de frustración, al ver truncados sus proyectos de vida.

Adicionalmente y como ya se dijo, la cárcel no es solo lugar de exclusión social, sino un destino que aguarda mayoritariamente por los excluidos de la sociedad de tal manera que Cabrera expresa que la cárcel es entre otras cosas la etapa final del proceso de construcción social del delito y del delincuente (19).

Según sus datos,

En Francia en la década de los 90, la probabilidad de llegar a ser encarcelado es mucho mayor si se trata de un varón (90% de los presos), joven (80% menos de 40 años) y que apenas cuenta con un nivel estudios primarios (60%) y en su mayoría desempleado. Igualmente, en España, el sistema penal encarcela a los jóvenes, el 47% tienen treinta años o menos y a los extranjeros e inmigrantes pobres. En Europa por su parte, es abrumadora la mayoría de extranjeros y personas de color entre la población encarcelada, los extranjeros son el 22,45% de toda la población encarcelada, en Inglaterra, los negros procedentes de las colonias caribeñas van siete veces más a prisión que los blancos. En Alemania los gitanos rumanos (20 veces más), los marroquíes (8 veces) y los turcos 4 veces más (19).

Otros estudios por su parte, muestran que el encarcelamiento de las mujeres está altamente relacionado con sus condiciones de pobreza y vulnerabilidad. Las mujeres privadas de la libertad, en su mayoría provienen de segmentos de la sociedad en desventaja económica y social; son jóvenes, desempleadas, con bajo nivel educativo y con hijos e hijas que dependen de ellas. Muchas tienen historias de alcoholismo y abuso en el consumo de sustancias y antecedentes de haber sufrido violencia o abuso sexual (87).

En Colombia a mayo de 2013 había 117.528 PPL, siendo el 92,4% hombres y solo el 7.6% mujeres. El 94.4% tienen entre 18 y 44 años de edad. El 43.8% de las PPL,

están incluidas en procesos educativos del nivel de primaria y el 5.4% son analfabetas (88).

En general las PPL en Colombia se distinguen por pertenecer a los grupos sociales más pobres, con ocupaciones antes de la captura, ubicadas en el sector informal, comercio, agricultura o la actividad del “Rebusque”, con bajo acceso a servicios básicos especialmente de salud y educación y con bajos ingresos económicos (20).

Adicionalmente, las condiciones de vida de los establecimientos de reclusión, hablan de esa misma exclusión y de sus consecuencias en el estado de salud de la PPL la cual en diferentes estudios en muy diversas partes del mundo demuestran que su salud es más deteriorada que la población general (21).

De acuerdo con el Observatorio venezolano de prisiones, los establecimientos de reclusión, especialmente en países de ingresos medio y bajos, tienen una serie de condiciones adversas como el encierro, las deficientes condiciones medio ambientales, el hacinamiento y la violencia y en general condiciones precarias de vida (89).

En un estudio de Azaola y Bergman en México, se encontró que el 26% de los internos no tendría acceso suficiente a agua para beber; 63% de los internos considera que los alimentos son insuficientes; en el 27% de los casos no recibiría atención médica oportuna; en solo el 23% de los casos la institución le proporciona los medicamentos que necesita; La sensación de mayor inseguridad en la cárcel que afuera es en el 72% de los casos; y el problema de hacinamiento sería superior al 50% (28).

En Colombia se han reconocido problemas como el hacinamiento penitenciario el cual es superior, como mínimo, al 160%, llegando a ser en algunos centros de detención superiores al 300% y de hasta 800% en algún otro, además de problemas de saneamiento ambiental con escasez de agua y deficiencias de alcantarillado y contaminaciones alimentarias (90), (30).

4 Metodología

El presente estudio, se soporta epistemológicamente en la teoría crítica. En primer lugar, como lo señala Leyva, la tarea de la filosofía social es interpretar filosóficamente el destino colectivo del hombre y por esa razón debe ocuparse de fenómenos que pueden ser comprendidos solamente en el marco de la vida social del hombre, es decir, de la totalidad de la cultura material y espiritual de los grupos humanos (91). Quiere decir lo anterior que es en el contexto en el que se suceden las cosas, donde se encuentran sus significados y explicaciones.

En ese sentido, en el esfuerzo por comprender, la Teoría Crítica se opone al denominado positivismo lógico, como lo describe Osorio (92), tanto en el plano social como teórico-cognitivo. En el plano social porque aquí se considera que la ciencia depende de la orientación que se dé a la investigación y a la orientación que se da dentro de la estructura social.

En el plano teórico-cognitivo dado que al contrario de lo que sucede en el positivismo, aquí se considera que no existe separación entre el objeto del conocimiento y el sujeto que conoce. Este último hace parte del objeto conocido y su conocimiento está determinado por la posición en la estructura social que ocupa este. De esta manera el conocimiento está determinado por la vivencia de los sujetos, lo cual aparta a la teoría crítica de la pretensión de universalidad y objetividad del conocimiento y obliga entonces a buscar la perspectiva de los grupos sociales que viven la realidad como parte fundamental del esfuerzo por comprenderla.

De esta manera, la teoría crítica forma una unidad con la praxis en el propósito de participar a la vez en el proceso histórico que ella misma toma como objeto de reflexión y así se convierte ella misma en praxis como momento de la historia en la que participa mediante su conocimiento, pero la teoría crítica es también praxis en segundo lugar, porque está interesada en la praxis como acontecer futuro de la

historia (91). De esta manera, se dice que la Teoría Crítica es un soporte epistemológico que al mismo tiempo que aspirar a una comprensión de una situación histórico-cultural determinada, quiere de manera sincrónica ser una fuerza de transformación que actúa en la misma dinámica social en la cual el fenómeno social en cuestión tiene lugar. De esta manera, se ha dicho que la teoría crítica es antropogenética, en la medida que a través de su propósito transformador se traduce en un mayor grado de humanización (92).

Así mismo, es importante resaltar que este enfoque surge para evidenciar y luchar contra las expresiones de injusticia y exclusión en la sociedad radicando su análisis en la preocupación por los asuntos de poder y justicia al igual que en la comprensión de aspectos sociales que interactúan para producir y reproducir el orden social en el que se vive (93).

El propósito que subyace en este trabajo es pues tanto de comprender lo que sucede en un contexto determinado como lo es la cárcel, respecto del fenómeno de interés que en este caso es el derecho a la salud, sino contribuir desde su comprensión al mejoramiento de las condiciones de vida del principal grupo humano involucrado es decir las PPL excluidas por antonomasia como se ha destacado aquí, y de esa manera el propósito es emancipatorio y esencialmente transformador.

Como lo señala Muñoz, en el campo del interés particular nos ocupamos de su presente histórico y la búsqueda de respuestas a este que es en nuestro medio social general, uno de los problemas más acuciantes y en ese sentido el propósito final sería lograr hacer coincidir “el ser” con “el deber ser”. Es decir, la búsqueda de un nuevo contexto en el cual la problemática encuentre alternativas de solución, de esa manera, como actividad cognitiva, se busca el compromiso con el “poder de la racionalidad en vez de trabajar para la racionalidad del poder” (94).

4.1 Tipo de estudio.

El marco general que guío el diseño metodológico de este estudio es el de la investigación cualitativa, el cual se corresponde con los propósitos que aquí se

persiguen contenidos por un lado en el objetivo general, expresado en términos de comprender lo que sucede en un definido contexto de la realidad y desde la pregunta desde la cual se pretende comprender esta realidad particular desde la perspectiva, de las experiencias y los significados construidos por los propios sujetos de dicha realidad. Como lo dice Galeano, “La investigación social cualitativa apunta a la comprensión de la realidad como resultado de un proceso histórico de construcción a partir de la lógica de los diversos actores sociales, con una mirada “desde adentro”, y rescatando la singularidad y las particularidades propias de los procesos sociales” (95).

La investigación cualitativa es un modo de encarar el mundo interior de los sujetos sociales y de las relaciones que establecen con los contextos y otros actores sociales. En este sentido, la investigación cualitativa resulta reveladora en tanto se construyen los significados sociales que las personas asignan al mundo que los rodea (96), aborda las realidades subjetivas e intersubjetivas como objetos legítimos de conocimiento científico buscando la comprensión desde los actores sociales, apunta a la comprensión de la realidad como resultado de un proceso histórico construido a partir de las lógicas de sus protagonistas rescatando lo diverso y particular. De esta manera se asume el conocimiento como un proceso social en el cual el investigador es reflexivo y adquiere una responsabilidad ética frente al fenómeno de estudio (97).

Las personas que a diario viven la realidad del establecimiento carcelario seleccionado para este estudio son los sujetos de esta investigación y las fuentes de la información que servirá para responder la pregunta de esta, lo cual concuerda con lo que se ha dicho sobre la investigación cualitativa en el sentido que esta permite comprender la complejidad de la experiencia vivida, desde el punto de vista de quienes la viven (98)

Bajo este enfoque cualitativo el diseño metodológico seguido para este estudio es el del estudio de caso con el cual se pretendió comprender las experiencias y significados que las PPL dan al derecho a la salud en el EPC La Paz de Itagüí. El

diseño de estudio de caso permite abarcar la complejidad del problema de estudio teniendo en cuenta la singularidad y complejidad del fenómeno del derecho a la salud de las PPL (99).

Se optó por este diseño, porque como dice Galeano, el estudio de caso permite alcanzar mayor comprensión y claridad sobre un tema o aspecto teórico concreto, o indagar un fenómeno, una población o una condición en particular (96). Además, como se ha descrito para los estudios de caso, en este se hizo la recolección, el análisis y la presentación estructurada de información, sobre este que es un caso social bien definido, como lo es el EPC La Paz de Itagüí, tomando información de las PPL que representan los sujetos de este estudio.

Un caso es definido como un sistema delimitado en tiempo y espacio de actores, relaciones e instituciones sociales en el cual se busca dar cuenta de la particularidad de dicho caso en el marco de su complejidad (100).

Bajo esta perspectiva metodológica, la selección de este caso, como lo afirman Marradi y colaboradores, se basa en la posibilidad u oportunidad de aprender lo más posible acerca del fenómeno, en experiencias de observación y en las expectativas depositadas en la unidad seleccionada en términos de su potencialidad para proveer una base empírica relevante para la interpretación y comprensión del fenómeno estudiado (101).

La investigación con estudio de casos no es una investigación de muestras dado que el objetivo primordial no es la comprensión de otros casos. En este sentido los casos se deben seleccionar teniendo en cuenta los siguientes criterios: máxima rentabilidad, casos fáciles de abordar donde las indagaciones sean bien acogidas, y la selección de personas dispuestas a dar su opinión (101).

Teniendo en cuenta lo antes escrito y dada la singularidad y complejidad del fenómeno del derecho a la salud en PPL, además del desconocimiento del tema en el medio, se optó por desarrollar un estudio de caso el cual permite abarcar este fenómeno en toda su complejidad (99).

Finalmente, la pretensión fue entonces lograr una comprensión general del fenómeno desde la perspectiva de las PPL a quien afecta directamente el problema motivo de esta investigación.

4.2 Descripción del contexto en que se desenvuelve el caso:

El establecimiento penitenciario y carcelario La Paz de Itagüí, de acuerdo al reporte de internos por cada patio, al 2 de julio del 2014 el albergaba 950 PPL y su máxima capacidad es de 350 internos.

El establecimiento cuenta con 7 pabellones distribuidos de la siguiente manera:

- ✓ Pabellón 1: PPL representantes de justicia y paz clasificados de alto perfil
- ✓ Pabellón 2: PPL de alta seguridad con nivel 1 de seguridad
- ✓ Pabellón 3: PPL de tercera edad, exfuncionarios e internos con beneficios administrativos e internos con condiciones excepcionales
- ✓ Pabellón 4: PPL de la delincuencia común pertenecientes a las diferentes bandas delincuenciales del área metropolitana y Antioquia
- ✓ Pabellón 5 y 6: PPL pertenecientes al proceso de justicia y paz, que hicieron parte de los grupos de autodefensa como patrulleros o mandos medios
- ✓ Pabellón 7: PPL delincuencia común capturados en el municipio de Itagüí

El fenómeno concreto de estudio en el mismo, fue el conjunto de experiencias y significados sobre dichas experiencias que en torno del derecho a la salud de las PPL se vive y construye en el EPC la Paz de Itagüí en el año 2014, desde la perspectiva de las PPL.

El tema de este trabajo, es decir el derecho a la salud, aquí es referido a la PPL, la cual como se ha dicho aquí, es considerada claramente como una población en situación de exclusión social, no solo por su estado de reclusión y pérdida de la libertad en un establecimiento que vive condiciones de vida desfavorables para la salud, sino por su historia de vida desde antes de su reclusión, realidades determinantes de la realización de sus derechos, para este caso en particular, el derecho a la salud.

Conceptualmente, tal como se ha argumentado, el derecho a la salud es un concepto complejo que remite a la posibilidad del disfrute de las condiciones de vida que hacen parte de procesos sociales que son como bien se reconoce en este trabajo los procesos de determinación social del proceso salud-enfermedad.

De acuerdo con esto, El interés de este trabajo ha sido el de dilucidar cómo se suceden en la experiencia de vida del establecimiento carcelario seleccionado, determinados procesos en relación con el derecho a la salud, y con el concepto de salud que lo soporta, que se seleccionaron para este estudio como son:

Los procesos de acomodación de los reclusos. Interesó a este estudio conocer si estos procesos de manera general y particular están mediados por análisis en términos de condiciones de vida y de salud, en cuanto a la determinación del número de PPL por área locativa, posibilidad de aislamiento por razones de salud de algunos internos, los procesos de ubicación por pabellones o patios y de asignación de celdas.

Provisión y acceso a servicios públicos y de saneamiento ambiental. De la misma manera, interesó identificar si en la determinación de tipo, cantidad, calidad, distribución y acceso a los servicios públicos, existen reflexiones en términos similares a los ya dichos en el aspecto anterior que influyan en dichos procesos y cómo se suceden dichas reflexiones, en qué y en quienes se inspiran.

Los procesos de alimentación y nutrición. Interesó a este estudio conocer, cómo se determinan los alimentos que se ofrecen y cuáles son los aspectos clave de los procesos de alimentación y nutrición dirigidos a la PPL del establecimiento seleccionado. Más particularmente, interesó conocer si estos procesos en la selección de minutas, preparación y distribución de los alimentos, son mediados por reflexiones en términos de salud. De la misma manera, cómo se asumen particulares recomendaciones médicas sobre los alimentos, en cuanto a calidad, variedad y frecuencia de los mismos, para las PPL que hayan sido objeto de las mismas, tanto al ingreso al establecimiento carcelario como al interior de él.

Por último un capítulo muy importante, los procesos de accesibilidad a los servicios de atención en salud. Este capítulo en este estudio tuvo un interés específico de mayor importancia, por ser este un componente relevante del derecho a la salud.

La indagación en este capítulo, seguirá los niveles del modelo adaptado de Aday y Andersen presentados en la figura 1 pero de igual manera, serán las PPL quienes darán cuenta desde su experiencia y los significados construidos de la manera cómo se sucede el acceso a los servicios de salud como derecho de las PPL.

4.2.1 Selección del caso

El municipio de Medellín cuenta además del EPC La Paz de Itagüí, establecimiento seleccionado para la realización del estudio, con un establecimiento penitenciario y carcelario como lo es, la Cárcel Nacional Bellavista y El Complejo penitenciario de Medellín Pedregal -COPED- .

La Cárcel Nacional Bellavista se encuentra ubicada en el Municipio de Bello, fue construida con miras de albergar 1700 internos los cuales se esperaba que fueran personas que no tuvieran que cumplir penas mayores a cinco años. Dadas las dinámicas sociales y el índice de delincuencia que aumentó en la ciudad, la capacidad de este se desbordó, lo cual hasta la fecha ha representado hacinamiento desde su inauguración. Este establecimiento, lleva 30 años de funcionamiento y es considerado el más grande del país, así mismo, ha sido considerado por muchos años como uno de los penales con mayores dificultades y conflictos en su interior (102), (103), (104), (105).

Por otro lado, en el corregimiento de San Cristóbal, se encuentra ubicado El Complejo penitenciario de Medellín Pedregal COPED, el cual se encuentra conformado por dos estructuras (106). Una de las estructuras obedece a un establecimiento carcelario para hombres y la otra a una reclusión para mujeres. Esta última estructura, se refiere a la antigua Reclusión de Mujeres de Medellín “El Buen Pastor” la cual fue fundada el 24 de julio de 1889 con la comunidad del Buen Pastor y obedeció a la necesidad de mejorar la suerte de los presos atendiendo mejor la

parte moral y alimenticia de los establecimientos de castigo, dado que para este tiempo solo existía una cárcel donde eran reclusos tanto hombres como mujeres (107).

El Complejo entonces, agrupa dos establecimientos y es una de las estructuras construidas dentro de la política de humanizar las condiciones de habitabilidad de la población reclusa nacional, mediante el CONPES 3277 del año 2004. Así mismo, este complejo corresponde a los establecimientos de tercera generación con menos de diez años de construcción, con los que se buscó además de la disminución del hacinamiento a nivel nacional, permitir la reclusión de internos de alto perfil y el establecimiento de un régimen interno estricto de acuerdo con las características especiales de estos (108).

Si bien es cierto se pudo seleccionar cualquiera de los anteriores establecimientos, se optó por el EPC La Paz dado que recientemente se realizó un estudio de tipo cuantitativo de accesibilidad a los servicios de salud y en este se hizo una pequeña aproximación al componente del derecho a la salud el cual se pretendió ampliar a través de un nuevo estudio.

Resulta también importante reconocer el interés mostrado por el director del establecimiento y el personal del área de reinserción social por desarrollar este tipo de investigaciones que permitan la documentación de la situación lo que redundará en acciones encaminadas al mejoramiento en la realización del derecho a la salud de las PPL.

Bajo estas circunstancias, el fácil acceso al establecimiento más la voluntad e interés institucional y el conocimiento personal de su realidad, vuelve viable el proyecto y de ahí la decisión de seleccionar el mismo.

4.2.2 Reseña Histórica Establecimiento Penitenciario y Carcelario La Paz de Itagüí

Ubicada en el municipio de Itagüí el EPC La Paz, antes Cárcel de Máxima seguridad de Itagüí EPAMSCAS ERE JP (Establecimiento Penitenciario de Alta y mediana

Seguridad Carcelario de Alta Seguridad Establecimiento de Reclusión Especial y pabellón de Justicia y Paz), se creó mediante Decreto presidencial número 1647 del 9 de octubre de 1992 por el entonces presidente de Colombia Cesar Gaviria Trujillo. El establecimiento fue creado inicialmente para albergar alrededor de 246 internos de Alta Seguridad (en sus inicios narcotraficantes). A la fecha tiene una capacidad de 303 internos, con adaptaciones de ciertos espacios que permitieron incrementar su capacidad en más de un 40%, para albergar a partir del 2004, los internos que generó el proceso de Justicia y Paz (109)

En el año 2013, por petición del alcalde del municipio de Itagüí Carlos Andrés Trujillo González al INPEC, se modificó la clasificación y denominación del centro carcelario y penitenciario ubicado en la jurisdicción de este municipio mediante Resolución 003671 del 14 de noviembre de 2013 donde se resolvió cambiar la denominación y clasificación del Establecimiento Penitenciario de Alta y Mediana Seguridad y Carcelario de Alta Seguridad de Itagüí por el de "Establecimiento Penitenciario y Carcelario La Paz". Lo anterior obedeció a la solicitud de los habitantes del municipio de Itagüí de proteger el buen nombre del mismo y evitar la estigmatización de sus habitantes (110).

4.2.3 Selección de los participantes

4.2.3.1 Participantes

- Personas Privadas de la Libertad

4.2.3.2 Criterios de Inclusión

- Encontrarse recluso en el establecimiento con una antigüedad mínima de seis meses.
- Estar en pleno uso de sus capacidades mentales que permita el desarrollo de la entrevista.
- Aceptar expresamente su participación en el estudio.

Teniendo en cuenta que en el establecimiento las personas se encuentran agrupadas en espacios donde son clasificados de acuerdo a los perfiles judiciales, para la selección de los participantes y con el fin de obtener representación de cada uno de los patios se hizo un muestreo intencional estratificado.

Partiendo de este tipo de muestreo, al interior de cada estrato que en este caso resultaron ser los patios, se seleccionaron intencionalmente los participantes hasta el punto en que nuevas entrevistas ya no aportaron información adicional al estudio. Lo antes dicho es respaldado para estos casos por autores como Patton (111).

Usualmente, para la mayoría de los estudios cualitativos 10 a 30 entrevistas serían suficientes; en este estudio se contó con la participación de 18 personas de las cuales una de ellas no cumplió con los criterios de selección y otra de las ellas fue inaudible.

Teniendo en cuenta lo anterior, se obtuvieron 16 entrevistas con lo cual se cumple con el parámetro antes dicho para dar cuenta del fenómeno de estudio.

Tabla 1. Número de participantes por patio en el establecimiento

PATIO	NÚMERO DE PARTICIPANTES
1	2
2	2
3	2
4	3
5	3
6	4
ANEXO 2	2
TOTAL PARTICIPANTES	18

Nota: Es importante aclarar, que si bien se realizó esta distribución con la orientación antes dicha, no se pretendió hacer alguna representatividad por patio pero en cambio sí tratar a partir de la variedad de informantes, lograr una mejor comprensión de lo que sucede en el caso seleccionado como una globalidad.

Inicialmente, según los datos suministrados por el establecimiento existían 7 patios; para la fecha en que se inició la recolección de la información, el patio siete fue clausurado en el establecimiento por no contar con las condiciones mínimas para albergar personas pasando quienes vivían allí al patio 4.

Se tuvo igualmente conocimiento de que existe un patio denominado anexo 2 donde se encuentran las personas pertenecientes a las guerrillas los cuales se han acogido a procesos de desmovilización. Teniendo en cuenta lo anterior, se incluyó en el estudio este nuevo patio continuando así con la idea inicial de siete patios.

4.2.3.3 Proceso de acercamiento

Previo ingreso al campo, la Regional Noroeste del INPEC solicitó el cumplimiento de una serie de requisitos a los estudiantes de posgrados de la Facultad que quisieran trabajar con investigaciones en establecimientos penitenciarios.

Los requisitos abarcaron lo siguiente:

- Gestión de un convenio marco entre la Regional Noroeste del INPEC y la Facultad Nacional de Salud Pública (anexo 2); para este convenio se inició el proceso de acercamiento y concertación desde el mes de abril de 2014 hasta el 24 de junio del mismo año fecha en la cual se perfeccionó.
- Una vez firmado el convenio, se debió gestionar por petición de la Regional un seguro para las estudiantes que ingresarían a los establecimientos. El seguro fue tramitado por medio de la Universidad de Antioquia. Una vez adquirido, la Regional convocó a la investigadora para someterse a un estudio de confiabilidad el cual una vez superado abriría paso a la revisión y aval de la propuesta de investigación por la regional para luego ser remitido al establecimiento quien daría la aprobación final.
- En septiembre de 2014 el proyecto fue aprobado por la regional (anexo 3) y remitido por esta para revisión y aprobación por parte del establecimiento. En este momento, se concreta reunión para presentación del proyecto a personal directivo, asistencial y PPL perteneciente al comité de derechos

humanos del establecimiento. Posterior a esta reunión el proyecto es aprobado en octubre de 2014 (anexo 4) y es autorizado el ingreso (anexo 5).

- Contando con el apoyo del área re inserción y tratamiento, se gestiona una nueva reunión con las PPL integrantes del comité de derechos humanos quienes estuvieron interesados en participar del estudio y se realizaron las primeras entrevistas exploratorias.
- Posterior a ello se ajusta el guion de la entrevista y con el apoyo de los integrantes del comité de Derechos Humanos, se identificaron como clave en el proceso de acercamiento a la población general a los coordinadores de salud de cada patio. Una vez estos fueron contactados e informados del objetivo del proyecto, estos además de convertirse en el puente para llegar a las otras PPL manifiestan su intención de participar.
- Con el apoyo del área re inserción se iniciaron las entrevistas con los coordinadores de salud y se les entregó un afiche (anexo 6) para ser difundido en las carteleras del patio y pasillos donde se invitaba a toda la población a participar del estudio, bajo su responsabilidad estuvo inscribir a las personas que estuvieran interesadas en participar.
- para hacer esta difusión e inscripción de personal se dio un tiempo prudencial de alrededor de una semana a cada coordinador de salud. luego de pasado este tiempo nuevamente la investigadora se reunía con los coordinadores y agendaba las citas de las entrevistas.

Los pasos anteriores solo aplicarían para los patios 3, 4, 5 y 6 de mediana y baja seguridad.

Para el caso de los patios 1, 2 y anexo 2 clasificados de alta seguridad, el proceso de acercamiento se hizo con el acompañamiento de la coordinadora de Justicia y Paz del establecimiento quien contribuyó en la identificación de los líderes de estos patios a los cuales se les entregó la información del estudio para que la difundieran. Una vez tramitado el asunto se procedió igual que en los otros patios.

Previo a la llegada del lugar de la entrevista, el investigador debía cumplir con procesos de seguridad de rutina que consta de tres anillos de seguridad de los cuales en el primero se toma una foto y se ingresa el número de cédula al sistema (Águila 8), en el segundo se toma huella digital y se reseña en libro (Águila 10) y en el tercero nuevamente se hace una reseña con huella digital y se transita por un arco para detectar objetos de metal (Águila 7); Adicionalmente para los patios de máxima seguridad nuevamente se hace una reseña con huella digital en libro (Águila 11), se transita un arco para la detección de metales y luego se pasa a una silla donde igualmente se detectan metales al interior del cuerpo.

Para realizar propiamente las entrevistas, hubo diferentes lugares del establecimiento en los que se desarrollaron. En los patios de mediana seguridad se desarrollaron en la sala de recepción de los abogados, en el pasillo del comando de vigilancia (Águila 7), en la oficina de reinserción y tratamiento ubicada en el comando de vigilancia (Águila 7), en la oficina de reinserción de la parte interna del establecimiento y en el canal del establecimiento; a cada interno que debió dirigirse a la oficina de reinserción ubicada en el comando de vigilancia (águila 7) debió tramitarse el permiso con el comando de vigilancia, es decir en un papel se debía colocar el nombre de la persona el patio al que pertenecía y la actividad. Luego de ello esta pequeña nota era entregada al parlante (persona encarga de gritar y buscar cuando se necesita a alguien en el patio, en los talleres, en la escuela o donde se encuentre e informarle que es solicitado) quien luego bajaba a la reja e informaba si la PPL se encontraba o no en el establecimiento.

En el caso de los patios de máxima seguridad, las entrevistas fueron atendidas a una especie de patio donde se encuentra cerca el comando de vigilancia (Aguila 11). Como en estos patios no existe el “parlante” las notas en las mismas condiciones de los patios de mediana y baja seguridad eran entregadas al personal de custodia a cargo del patio quien se encargaba de ubicar los internos y convocarlos a la actividad.

Antes del inicio de cada entrevista para todos los participantes de los patios, se entregó el consentimiento informado a cada uno y se dejó solo mientras lo leía, una vez terminaba de leerlo se preguntaba si habían dudas o inquietudes y si estaba de acuerdo en participar. Una vez la persona acepta esta firmaba y se daba paso a la entrevista. Luego de terminada la entrevista el consentimiento era firmado por la persona testigo.

La razón por la cual el investigador no ingresa a los patios y hace la difusión de la investigación obedece a razones de seguridad establecidas en el convenio donde se exige que el investigador debía ser acompañado por una unidad de guardia en el proceso. Teniendo en cuenta que en el establecimiento hay déficit de personal para el cumplimiento de esta cláusula se optó por realizar el proceso como lo describe el apartado.

Finalmente, uno de los acuerdos a los que se llegó con el establecimiento en este proceso, fue que a las personas que participaran del estudio se les debía certificar la actividad; para ello se diseñó un certificado que fue firmado por la decana de la facultad (anexo 7).

4.3 Herramientas para la recolección de la información.

En los estudios de caso, las descripciones y las interpretaciones cobran especial importancia en tanto todos verán el caso de diferente forma, en este sentido la entrevista se vuelve el cauce principal para llegar a las realidades múltiples (99).

Teniendo en cuenta lo anterior y con el fin de obtener la información para el cumplimiento de los objetivos, se aplicaron entrevistas (Ver anexo 8) que contendrán una lista preguntas orientadas a dar cuenta de las experiencias y significados en torno al concepto de salud y derecho a la salud que permitan la comprensión del fenómeno.

4.4 Procesamiento y análisis de la información

4.4.1 Procesamiento

Se realizaron entrevistas que fueron grabadas utilizando el grabador de sonidos de Windows desde un computador portátil. Igualmente se tomó notas en un diario de campo.

Teniendo en cuenta que en el ambiente de la cárcel, se presentaron durante la grabación de cada una de las entrevistas interferencias relacionadas con ruidos, para la transcripción hubo dificultades en la escucha. Dada esta situación, hubo que someter las grabaciones a un proceso de edición el cual consistió en tomar los archivos de sonido iniciales, importarlos al software Audacity 2.1 y amplificarlos.

Audacity, es una aplicación informática multiplataforma libre que se puede usar para la grabación y edición de audio, distribuido bajo licencia GNU - GPL (General Public License).

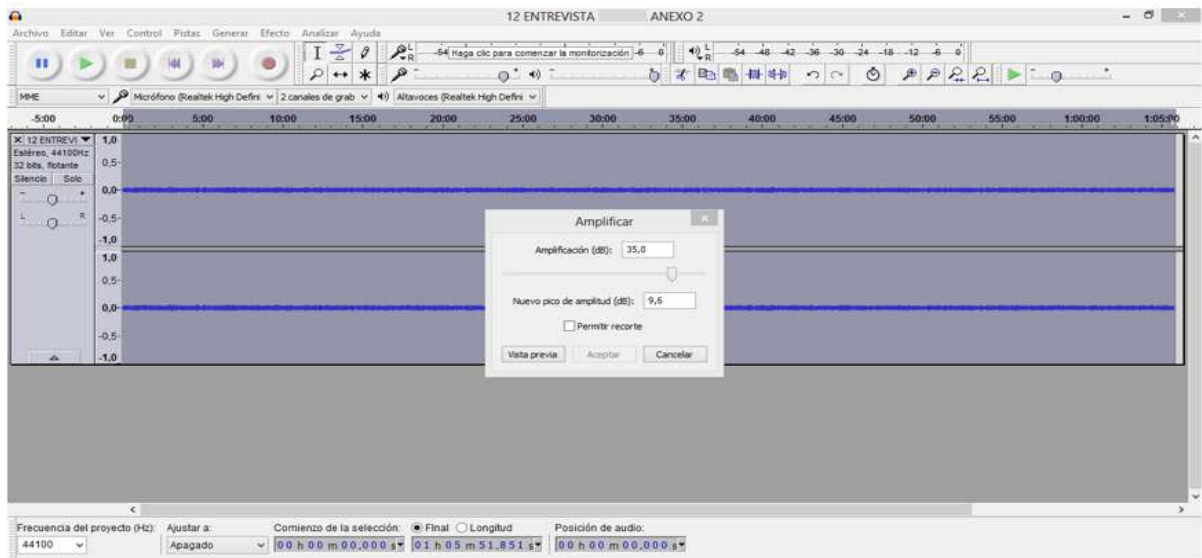


Figura 4. Sonido original de entrevistas

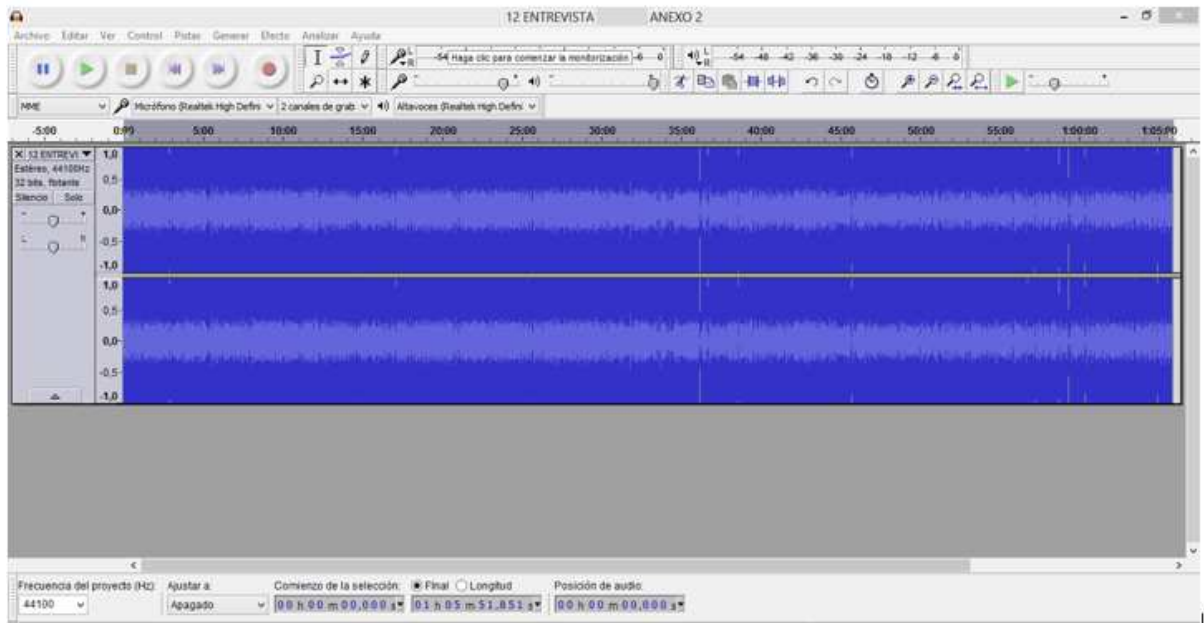


Figura 5. Sonido amplificado de las entrevistas

Una vez amplificados los archivos se procedió a la transcripción de las entrevistas con el apoyo de personal técnico. Luego de las transcripciones, estas fueron verificadas por la investigadora nuevamente contra el audio con el fin de garantizar la fidelidad en la transcripción de lo expresado por las PPL.

El análisis se realizó de manera simultánea, una vez transcrita la entrevista se iniciaba con el proceso de codificación.

Como lo plantea Strauss (112) “Para descubrir, nombrar y desarrollar los conceptos debemos abrir el texto y exponer los pensamientos ideas y significados contenidos en él” Para el logro de esto, se hará uso de la codificación abierta, con la cual se pretende identificar los conceptos y descubrir en los datos sus propiedades y dimensiones.

Dentro de las alternativas de codificación que este autor plantea, se encuentra el proceso de codificación por colores, el cual se seleccionó para el análisis de los datos de este estudio.

En este sentido la codificación se realizó de la siguiente manera:

- Transcripción de todo el material a ser analizado.
- Se hizo compilación de todas las entrevistas en un solo documento, el cual fue leído cuidadosamente y sobre este utilizando colores se fueron señalando los apartados que guardaban relación entre sí.
- Teniendo como base el primer documento, se hizo un segundo donde se agruparon los colores y se hizo una nueva lectura con la que se pretendió en comentarios asignar nombres a cada uno de los fragmentos.
- Luego de haber nombrado todos los fragmentos, se pasó a un tercer documento cuyo objeto fue agrupar los fragmentos que tuvieran un mismo nombre.

A partir del tercer documento, se pasó a un cuarto, donde se hace nuevamente la lectura del documento y se realiza el ejercicio de categorización del cual se derivan conceptos a partir de los datos que representan los fenómenos. Este proceso de codificación y categorización se realizó utilizando el procesador de textos de Word.

Finalmente, en este proceso de análisis para la identificación de los fragmentos que dan cuenta de los hallazgos se procedió de la siguiente manera:

Cada fragmento tiene un código alfanumérico que identifica a cada participante de la siguiente manera:

Las primeras tres letras "PPL", corresponden a Persona Privada de la Libertad, la letra "E" se refiere a entrevista; seguido de esta "E" se tiene un número que corresponde al orden en que se fueron realizando estas.

Dentro del texto se encuentra una nota de diario de campo igualmente con un código alfanumérico donde "DC" corresponde a diario de campo y los seis números siguientes corresponden al día, mes y año en que se tomó la nota.

No se hacen más precisiones dentro de estos códigos con el fin de cuidar la identidad de los participantes.

4.4.1.1 Análisis de la información

Para realizar el análisis de la información producto del estudio, se utilizaron herramientas correspondientes al enfoque etnográfico.

Siendo consecuente con el fundamento metodológico de este estudio, la etnografía como enfoque es una concepción y práctica de conocimiento que busca comprender los fenómenos sociales desde la perspectiva de sus miembros. Esta comprensión se puede lograr en tres niveles: el nivel primario o “reporte” donde se pretende tener conocimiento del “que”; el nivel secundario en el cual se busca la “explicación”, donde se alude al “porque” de las acciones y finalmente un tercer nivel que corresponde a la “descripción” que se ocupa de lo que ocurrió, es decir “como es para ellos” la presencia de los fenómenos. Es entonces en este tercer nivel donde se aloja el desarrollo de esta investigación (113).

Teniendo en cuenta lo anterior, *“Un investigador social, difícilmente entienda una acción sin comprometer los términos en que la caracterizan sus protagonistas. En este sentido los agentes son informantes privilegiados pues solo ellos pueden dar cuenta de lo que piensan, sienten, dicen y hacen con respecto a los eventos que los involucran”*(113).

La etnografía entonces, proporciona luces sobre un grupo de personas en interacción y nos ofrece la oportunidad de ver y comprender su mundo. En este sentido, los resultados pueden ser presentados como una “descripción densa”, una etnografía interpretativa, o teorías o modelos que ayudan a explicar y comprender el comportamiento humano (114).

Dado que este estudio se desarrolla en el tercer nivel de comprensión, la descripción densa resulta ser la mejor forma para la presentación de la información en tanto está en su rasgo de interpretación consiste en tratar de rescatar lo dicho y fijarlo en

términos permanentes, así mismo, la descripción densa, pretende la presentación del fenómeno en toda la riqueza de sus detalles comprendiendo el contexto y los diferentes significados (114).

En este sentido, este estudio de caso bajo esta perspectiva de análisis etnográfica, busca la comprensión profunda de las experiencias y significados del derecho a la salud de las PPL en el EPC La Paz de Itagüí, en el cual el papel del investigador consiste en la presentación de una conclusión interpretativa.

Teniendo en cuenta el enfoque seleccionado para la presentación de los resultados y su esencia en cuanto a la descripción detallada de los fenómeno que ocurren en los diferentes grupos de personas, se tomó la definición de cultura propuesta por Clifford Geertz (114) quien lo presenta a partir de la definición de Max Weber como un concepto semiótico en el cual *“el hombre es un animal inserto en tramas de significación que él mismo ha tejido”*.

Como concepto semiótico, la cultura ayuda a lograr el acceso al mundo conceptual en el cual viven los sujetos, de tal manera que en sentido amplio se pueda conversar con ellos.

En este trabajo se plantearon términos como significados, experiencias, conceptos y valoraciones, a continuación, se hace una breve descripción de la manera en que estos fueron entendidos para efectos de este trabajo de investigación.

Teniendo en cuenta lo anterior, siendo consecuentes con la definición de cultura de Geertz donde esta es un concepto semiótico y en esta semiótica resultan relevantes los signos y símbolos pues se constituyen en actos simbólicos, los significados se convierten entonces en el contenido que las personas otorgan a un signo o símbolo.

Las experiencias se consideran como fenómenos sociales cambiantes en el cual los individuos perciben, organizan interpretan y expresan un conjunto de sentimientos y sensaciones de acuerdo a las subjetividades (115).

Según Heidegger, el sentido de la experiencia es la comprensión objeto que tuvo este estudio donde el ser humano "es" comprendiéndose a sí mismo y su sentido en el mundo de la vida (116).

Los conceptos para este estudio se entendieron como “productos de la creación humana que hacen posible al hombre describir y comunicar su percepción del mundo que lo rodea y, al propio tiempo, son instrumentos que llevan a la percepción del mundo”.

Son además “elementos fundamentales del pensamiento y el raciocinio. Para conocer una realidad, o sea, para generar conocimientos, es necesario que podamos identificar, en sus distintos elementos, sus semejanzas y diferencias, comprender las relaciones que se establecen entre estos elementos y explicarlas trabajo en el cual el concepto se constituye en un instrumento indispensable” (117).

Las valoraciones se entenderán como el grado de importancia; cualidad positiva o negativa que los sujetos confieren a las cosas, hechos o personas es decir una estimación (118).

Finalmente, es importante mencionar que para la identificación de los fragmentos que dan cuenta de los hallazgos de este estudio se procedió de la siguiente manera:

Cada fragmento tiene un código alfanumérico que identifica a cada participante de la siguiente manera:

Las primeras tres letras “PPL”: corresponden a Persona Privada de la Libertad, seguidamente se encuentra la letra “E” que corresponde a entrevista; luego de esta “E” se tiene un número que corresponde al orden en que se fueron realizando estas.

Dentro del texto se encuentra una nota de diario de campo igualmente identificada con un código alfanumérico donde “DC” corresponde a diario de campo y los seis números siguientes se refieren al día, mes y año en que se tomó la nota.

5 Compromisos éticos

El presente trabajo fue avalado por el comité de ética de la Facultad Nacional de Salud Pública (Ver anexo 9).

Este se realizó siguiendo la normativa internacional y nacional vigente en materia de salud pública; a nivel internacional se consideraron el Código de Nuremberg de 1947 y la Declaración de Helsinki adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1964 (119). En el contexto nacional, la Resolución 8430 de 1993 (120) del Ministerio de Salud guio el proceso de investigación

Así mismo, en el proceso se garantizó a los participantes la confidencialidad y anonimato y se diligenció por cada uno de ellos un formato de consentimiento informado (Ver anexo 10).

Finalmente, frente a dudas e inquietudes de los participantes, aquellas que fueron concernientes al estudio fueron resueltas por el investigador; aquellas que no, fueron remitidas a quien correspondiera.

6 Hallazgos

La forma como aquí se describen los hallazgos de este estudio obedece por un lado a la decisión tomada para esta de adoptar un estilo etnográfico y por otro lado a un ordenamiento que pretende dar respuesta de la mejor manera a la pregunta de la investigación respondiendo tanto a los objetivos específicos pero más allá, permitiendo ser fiel a las categorías que emergieron del estudio.

Al dar cuenta del estilo etnográfico, se adoptó como se dijo en la metodología, la definición de cultura de Clifford Geertz, en la cual el eje estructurante son los significados que junto con las experiencias se tensan en este relato, en forma de una descripción densa en la que se pueden identificar sentimientos, valoraciones, conceptos y experiencias. Finalmente, es justo reconocer que la forma finalmente también responde a un estilo con el cual la investigadora expresa mejor los hallazgos de este trabajo en una intención de comunicarlos de mejor manera para el lector.

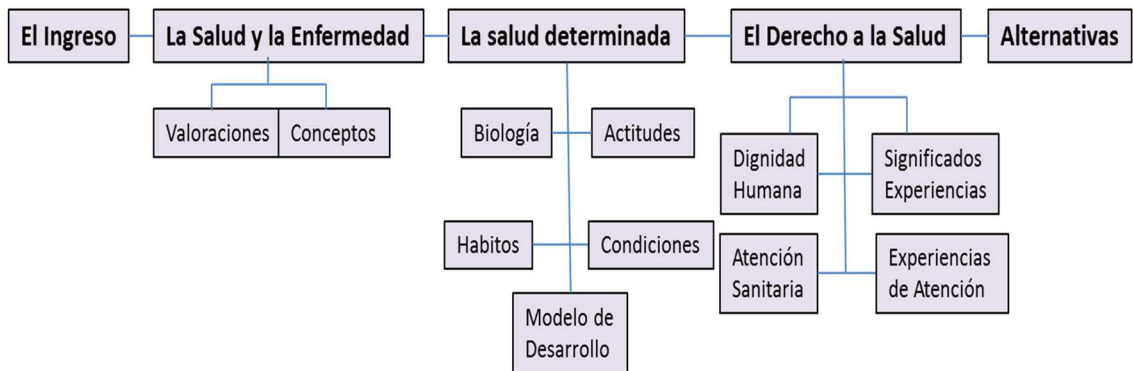


Figura 6. Mapa de Categorías y Subcategorías del estudio

6.1 El Ingreso a la cárcel: Entre la incertidumbre y el temor.

La descripción del momento y los procesos que se suceden al ingreso de las PPL a este tipo de establecimientos que han hecho los participantes en este estudio,

contribuye a aportar claridad sobre el contexto en el cual este estudio se realizó que como se ha descrito, la identificación del contexto es un elemento fundamental en los estudios de caso y es en el marco del cual los hallazgos cobran un verdadero significado, por ello aparece aquí como la primera categoría emergente de este estudio.

Un primer aspecto que se resalta aquí es que a pesar que un establecimiento como es el que constituye el escenario de este estudio goza de un estigma en la sociedad, en virtud del que podría decirse que todo el mundo tiene una idea de cómo se vive allí adentro, la experiencia del ingreso parece estar cargada de sentimientos y de estados de ánimo como el estrés y el temor y una gran expectativa por lo que allí le corresponderá vivir. “(...) uno nunca se imaginó que era una cárcel. Yo nunca creí que iba a ir a una cárcel alguna vez en la vida. Y uno se imagina la cárcel, pero no como es lo que uno vive aquí”. PPLE13

“usted recién llegado no sabe nada, es como entrar a una pieza oscura: usted no sabe qué se va a encontrar ahí (...), usted no conoce nada, entonces no sabe nada”. “usted no sabe qué se va a encontrar ahí”. PPLE3

A pesar de la experiencia de mecanismos y acciones de seguridad que es evidente, una sensación de inseguridad parece apoderarse de todas las personas privadas de la libertad al ingreso “Cuando yo entré a la cárcel, (...), me temblaban los pies, me tenían un pavor tremendo; porque era el jefe y que le rinden pleitesía a uno... cuando llega a la puerta, le cogen la maleta, sin embargo, uno tiene miedo... hasta que usted se hace al medio”. PPLE5

Los temores se apoderan del recién llegado y pueden expresarse como miedo a sufrir eventos puntuales en ese momento del ingreso así como a más largo plazo, que pueden determinar su vida al interior del establecimiento, “(...) Que de pronto por los problemas que tuve allá afuera, vaya a tener problemas acá adentro, un robo, que le tiren por robarle, es lo primero que usted piensa; toda persona piensa en un robo, un enemigo, o que se ganó un enemigo aquí gratis, un enemigo usted

se lo gana facilito, una persona estresada y con rabia ahí lo encontró usted, y ahí tiene un problema, entonces son todas esas cosas”. PPLE3

Desde un punto de vista vivencial, un primer momento del ingreso que podríamos llamar de identificación del recién llegado se narra como una experiencia muy desagradable y sentida como un golpe a la dignidad de ser humano, “Eso desde el primer día lo marcan como marcando ganado y “vaya para la corraleja” (...)” PPLE13

Con el tiempo empieza la adaptación al lugar, a las rutinas, a las formas de vida y de hacer las cosas, a la gente y a todo lo que allí concierne.

“Esto lo considero que esto es un mundo aparte, usted aquí pierde toda la noción de afuera, toda, toda, usted ya tiene que enfocarse es aquí, y aquí este cuento es un mundo muy distinto, y que para vivirlo tiene que estar aquí, para experimentarlo”. PPLE3

“Usted llega como se dice: “desubicado” no conoce a nadie, no sabe cómo es la cosa, como es la ida a sanidad, como es la contada, como dan la comida; ya cuando usted sabe, ya le va cogiendo el rumbo al encierro, sin aceptarlo, porque uno nunca acepta esto”. PPLE3

Las narraciones de las PPL dan cuenta de la dificultad de ese proceso, “para usted adecuarse, es bravo, pero bravo, ¡bravísimo!, usted llega y usted no tiene celda, usted tiene que dormir donde lo asignen, (...) en el piso, (...)”. PPLE3

“Yo llego y me abren la puerta del patio y lo único que me dicen: “entre” pero ¿dónde me acomodo?”, “Si a mí me privan mi libertad me deberían de dar una celda a donde llegar”. PPLE15

“me parece que el perro de mi casa (...) duerme mejor, siendo pues un poquito exagerado, por ejemplo en estos días mostraron ese gentío tirado allá, a mí me parece que el perro mío duerme mejor allá en la casa”. PPLE3

Y adicionalmente, se van sumando otras preocupaciones que exceden la de las condiciones para la propia vida sino hacia las visitas de la familia, “esto es muy verriondo, la adecuada a esto es dura, usted se demora más o menos 1 año para adecuarse, para poder arreglar la dormida para tener donde atender la visita”. PPLE3

La dureza con la que se vive la experiencia, solo hablando del ingreso, no tiene entonces que ver solo con resolver la situación personal de la estadía, es también el conjunto de renuncias que la vienen acompañando: “Es bravo la estadía en estos sitios, y adicionalmente se tienen que enfrentar las pérdidas que usted va a tener, va a perder familia, al papá, familiares, amigos, ellos venir a visitarlos y usted ver matarlos, a los dos días”. PPLE3

Ya resolver los asuntos como se ha dicho de la estadía y la vida en el establecimiento es difícil y las narraciones dan cuenta de ello: “Asimilar los problemas que se le van viniendo. Usted empieza a tener problemas que económicos, eso es de todos los presos, a no ser que tenga mucha plata y es raro el que se prepara pa’ caer a la cárcel, no recuerdo el primero que se prepare para caer a la cárcel: ‘ve, voy a guardar esta plata para cuando caiga a la cárcel’ nadie hace eso; usted cae a la cárcel como se dice: sin preparar el camino”. PPLE3

Por otro lado, se recuerda este proceso del ingreso como un asunto protocolario donde se tienen que cumplir con una serie de procesos de reseña a los que asocian con expresiones como “marcar” a las personas. Aparte de este proceso de identificación parece no haber otros procesos que acompañen esta función.

En lo relacionado con la situación de salud de las personas en particular, los participantes recientes una ausencia de procedimientos encaminados a determinar si existen necesidades o situaciones en particular que deban atenderse a partir de ese momento, “El día que uno llega, (...) reseñan a uno, no sé si en la hoja, en la carpeta debe venir algún reporte, (...) que diga este paciente o este interno sufre tal o lo aqueja cual enfermedad. Pero que yo haya llegado aquí y de una me hayan

llevado que hay un médico que me examinó y que me pregunte usted qué sufre o usted cómo se siente, no”. PPLE16

En este aspecto se suscitan una serie de reflexiones sobre la importancia de procesos como este, marcados como ya se dijo, por su ausencia en el ingreso:

“(…) A mí no me realizaron eso. Únicamente me asignaron un patio sin hacerme un chequeo médico al menos haberme preguntado en qué condiciones de salud se encuentra para ubicarlo en tal patio o ubicarme en algún calabozo si tengo alguna enfermedad”. PPLE15

6.2 La salud y la enfermedad: valoraciones y conceptos

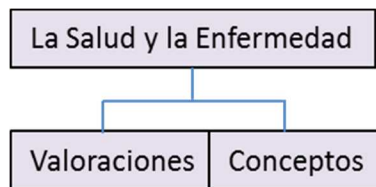


Figura 7. Mapa de la Categoría Salud y Enfermedad y Subcategorías.

En el abordaje de la problemática objeto de este estudio se expresan una serie de valoraciones y elaboraciones conceptuales sobre la salud, la enfermedad y sus relaciones entre sí, con otros aspectos de tipo personal y con las condiciones de vida, en especial con aquellas que constituyen en los actuales momentos, su medio de vida.

6.2.1. Las valoraciones, un punto de partida

La invitación a hablar acerca de la salud provoca expresiones de una valoración en grado superlativo: “La salud es todo, es vida. Eso es todo”, “es lo primordial del ser humano”. PPLE1

“la salud es algo muy importante... Es como un eje que uno tiene dentro del cuerpo de uno...”; “de eso depende la vida del ser”. PPLE18

La salud de esta manera expresada pareciera una metáfora de la vida en su sentido más positivo, “La vida... para mí la vida está por encima de muchas cosas y la vida va ligada a la salud y cuando hablo de la vida, hablo de la vida en general, no solamente lo humano...” PPLE13, “para mí la salud es tan vital como el agua, como el agua en el ser humano”. “Un ser humano si no tiene salud no tiene vida. Por eso le digo que la salud es tan vital como el agua para el ser humano. Es el oxígeno de la persona” PPLE9.

La imagen que provocan ciertas expresiones es como la de motor, es como un motor o como un prerequisite para la vida, “Un ser humano si no tiene salud no tiene vida” PPLE9. Constituye para muchos un hecho determinante en la vida misma como la viven en el ahora y sus circunstancias actuales. Allí, la salud se percibe como un elemento fundamental y punto de partida para afrontar dichas circunstancias y el futuro que avizoran y a la vez, por ello mismo, preocupación actual, “una de las cosas de más preocupación es la salud” PPLE13; “con la salud no se juega” PPLE13; “es tener vida, ganas de seguir adelante” PPLE6; “mientras que tenga salud, tengo las ganas de pagar esto” PPLE6; “salud es parte fundamental para vivir en tranquilidad el ser humano” PPLE6. “salud es riqueza como se dice popularmente”; “esa es la riqueza del pobre mejor dicho” PPLE14.

Todo esto nos muestra el grado de valoración que para las PPL tiene la salud referida a la condición experimentada por cada ser humano, privado de la libertad, sujeto de este estudio. Sin embargo hay una expresión que llama aquí mucho la atención como una expresión cumbre y que más que todas las anteriores logra dar cuenta del nivel en el que ella se encuentra para los sujetos de este estudio. Dicha expresión recopilada en este estudio es: “Ella (La salud) es más importante que la misma libertad”. PPLE1

Expresión esa que interroga: ¿qué podrá ser más valioso para alguien privado de la libertad que la libertad misma? ¿Podrá ser la salud una especie de bien intercambiable con otro como la libertad para alguien que no tiene este último? ¿De

qué naturaleza es la salud así percibida, como para preferir tener salud aún sin tener libertad que tener libertad sin salud?

6.2.2. Las elaboraciones conceptuales

Al analizar las elaboraciones que van más allá de las valoraciones de los participantes del estudio, puede notarse que existe una variedad de expresiones que denotan que el término no es unívoco y puede entonces entenderse de diferentes maneras, al interior de las cuales, los conceptos pueden ser igualmente diferentes. Se encuentran entonces expresiones referidas a la salud como situación, otras como un derecho y otras más como el término que identifica un sector de la acción social, donde los servicios juegan un papel muy importante.

Hablando de la salud como situación, desde un punto de vista de carácter más conceptual, uno reconoce, así como en el mundo académico, un abanico que se abre de definiciones y elaboraciones conceptuales. Reconocemos aquí pues viejas expresiones reproducidas por los sujetos de este estudio como aquella de René Leriche: “la salud es la vida en el silencio de los órganos”, dicha a sus maneras o traducida a su lenguaje común: “Estar sano no tener ninguna dolencia” PPLE2; “Que no le duele digamos nada” PPLE1; “Salud es el estado en que se encuentra la persona de carencias dolores” PPLE1. Expresión que sitúan la salud en un plano meramente biológico, que se define por la ausencia de enfermedad y de sus señales:

“Yo considero que la salud es el estado normal que toda persona debe tener para vivir sin ninguna dolencia o mal que lo aqueje, sin ningún malestar, que a usted no le duela ninguna parte de su cuerpo, que no padezca ninguna de enfermedad”.
PPLE16

Aún en el plano biológico o físico es posible identificar expresiones de carácter positivo y que tienden a hacer definiciones por ella misma, sin considerar la experiencia de la enfermedad. Carácter positivo muchas veces reclamado desde la Salud Pública. Bajo esta perspectiva la salud toma un carácter en sí y no solamente

se refiere a la ausencia de la enfermedad. “Estar con buena energía”, “estar atento”, “mejor dicho 100% estar uno bien”; “Estar bien; bien corporalmente PPLE8, físicamente; tener los cinco sentidos más o menos en la medida: ver, oler, el sabor, el escuchar, el tacto” PPLE14. “Estar sano es estar alentado, no solamente de sus miembros inferiores y los superiores, sus órganos del cuerpo, o sus cinco sentidos...” PPLE9

No obstante, a la salud se le reconoce de manera expresa más allá del plano físico, “El común de la gente lo relaciona es con enfermedad física, y no es así, es más integral, es más amplio, así lo relaciono yo” PPLE12

“La gente asocia estar sano con lo físico, por lo regular, pero para mí estar sano es en todas las modalidades; no solo que no esté enfermo, son buenos hábitos, inclusive desde lo físico hasta lo psicológico y lo moral, una persona puede estar bien físicamente pero psicológicamente puede estar mal, puede tener la salud mental afectada” PPLE12

En ese sentido ciertas expresiones que dan cuenta de determinados estados de ánimo, más comúnmente asociados con términos como el bienestar individual surgen y dan cuenta de la dimensión anteriormente anotada que supera las barreras de lo físico y biológico: “estar tranquilo” PPLE3, “que me sienta animado” PPLE3, “estar bien con uno mismo” PPLE6, “estar sano es comer bien, estar sano es actuar bien... estar sano es pensar bien...” PPLE9.

Una dimensión que pudiera llamarse espiritual, también es posible identificarse con el término de salud: “que mi vida personal y moral estén sujeta a lo espiritual”, “tener una vida calmada, Tranquila, en paz con Dios” “(estar) sano de pecados”, “en paz con Dios”. PPLE7

6.3 La salud determinada



Figura 8. Mapa de la Categoría La Salud Determinada y Subcategorías

6.3.1. La biología

En el ordenamiento de este relato, se resaltan aquí en primera instancia las expresiones que pueden agruparse en una subcategoría que habla de una serie de aspectos de tipo biológico, como el contacto con virus, el contagio a partir del contacto con otras personas enfermas y eventos de tipo genético y hereditario. “Hay virus en el ambiente lo que influye a contraer la enfermedad” PPLE4; “La enfermedad, en cuanto a lo mío es descendencia de la familia” PPLE8; “Hay muchas veces que las personas son enfermas de manera hereditaria PPLE15, que las traen de herencia como dicen que la vena varice, enfermedades así”; “Algo que recogemos ya sea de un virus o de otra persona que le pueda transmitir a uno una enfermedad, algo que estamos todos propensos de pronto a llegar a recibir alguna enfermedad”. PPLE6

6.3.2. Lo actitudinal

Continuando en este ordenamiento, encontramos una fuerte referencia a un aspecto todavía de carácter personal que hacen los participantes en este estudio, y que según ellos potencian procesos salutogénicos o bien, patogénicos en las personas. Por su naturaleza son asumidos aquí como de carácter actitudinal que determinan la capacidad de sobreponerse a situaciones adversas o de gozar de circunstancias diríamos favorables en la vida de cada quien.

De esta manera se encuentran expresiones que retratan lo anterior como: “Si uno se acuesta pensando que va a amanecer enfermo, amanece enfermo” PPLE16; “si se está bajo de moral está enfermo”; “La salud depende también mucho de la moral, de lo moral, porque si uno está bajo de moral o de... ¿cómo se llama eso? de estimación, está lleavo, para mi esa es una enfermedad, la baja autoestima, eso es estar enfermo” PPLE2

“Yo pienso que las preocupaciones, el estrés, esta vaina también permiten que aparezcan muchas enfermedades, es como un combustible que acelera pues estas enfermedades, si tiene muchas preocupaciones, si tiene mucha cantidad de problemas”. PPLE11

“Cuando una persona tiene por ejemplo un virus y lo tiene ahí dormido por medio del estrés eso le puede despertar”. PPLE4

Son muchas las situaciones relatadas por los participantes como generadoras de stress con las que les toca convivir y que inciden en sus estados de ánimo y que pueden en raciocinio, incidir en la su salud.: “atacaron la familia afuera”, “que le venga una condena se pone usted triste como asustado y nervioso porque son cosas que uno no esperaba”, “problemas en la casa con la novia”, “que se muera un familiar”, “que mi hijo se me enferme grave y yo aquí”, “que un compañero me quiera atacar” “Una mala noticia de un familiar, y de pronto no pueda solucionar algo”. PPLE4

6.3.3. Los hábitos de vida

Los hábitos de vida emergen aquí igualmente como uno de los elementos que determinan el estado o la situación de salud y allí surgen expresiones como, “el descuido”, “el trasnocho” o “los malos hábitos”. PPLE1

“Empezando que es lo más simple desde un lavado de manos, hasta como la utilización de sus cubiertos y sus cosas personales. El descuido de que uno de pronto sea una persona más que todo...se viene por la cochinada, por la suciedad,

por la mala higiene de la misma persona. Si una persona es organizada, limpia y culta en sus cosas y brega a utilizar lo suyo personalmente y no lo comparte con nadie, por muy pobre y muy sencillo que sea va a estar siempre no digamos que libre de una enfermedad o un virus, que eso muchas veces usted lo coge en el aire pero si va prevenir mucha forma de que se le incrusten en el cuerpo o se le penetren por los poros o las vías alimenticias”. PPLE4

Un ejemplo abordado por los participantes para explicar esta referencia a los hábitos de vida fue el de las enfermedades de transmisión sexual, “las enfermedades de transmisión sexual, es algo que si uno se cuida bien de pronto no te va a hacer mal pero si no te cuidas obvio que te puede surgir una enfermedad” PPLE7. En este mismo sentido cuentan una realidad de prostitución que se vive en el establecimiento y los riesgos percibidos por ellos para su salud:

“[...] Hay veces que ha habido peladas, taxis como las llaman [...] No falta el que llega donde esas peladas también, entonces uno no sabe, imagínese vienen acá, entonces como serán afuera, entonces propensos a un SIDA o a una enfermedad venérea también” PPLE6.

Se hace referencia igualmente al consumo de sustancias psicoactivas como uno de esos hábitos que puede afectar la salud de las personas, “En estos medios donde de pronto se consume muchas veces drogas, pienso que una de las cosas de uno cuidarse es no consumir esas sustancias”

Un último aspecto dentro de los hábitos de vida relacionado de manera causal con la salud y la enfermedad, “La quietud, si la persona no hace nada, si la persona es quieta, es inactiva... producen más enfermedades”; “la persona que esta quieta, la persona que no hace ejercicio, la persona que no tiene esa actividad le aparecen, muchas enfermedades”; “...Entonces hasta el trabajo es necesario para usted tener buena salud”. PPLE11

6.3.4. El aspecto relacional

Otro aspecto frecuentemente y expresivamente resaltado en este estudio, es el aspecto relacional como un determinante de su salud. Llama esto mucho la atención, pues la familia y los amigos juegan aquí un papel muy importante en sus expresiones que dan cuenta de la salud determinada, y por su condición, es de ellos de los que se encuentran justamente separados.

En este sentido, la familia y las relaciones que a su interior se tejen, el saber que esta se encuentra bien e incluso el tener una pareja también juega un papel fundamental en la percepción de una buena salud. Se ve aquí reflejado, eso que se ha identificado con el nombre de “redes de apoyo” en el lenguaje de los determinantes sociales de la salud y modos de vida desde la determinación social de la salud. En todo caso, este parece ser un asunto decisivo a la hora de considerar la experiencia misma de la salud. “El amor con mi familia, con mi hijo, eso me hace sentir bien y sano...”; “Eso me haría sano, saber que mi familia está ahí...”. PPLE4

Son múltiples y muy claras las referencias a ello, son declaradas como soportes de la situación actual de reclusión, motivos de vida, la causa que subyace de la experiencia que ellos relatan con la expresión “estar sano”. Se nota allí igualmente, que para ellos la salud no es una experiencia meramente individual y que está ligada por lo menos a sus relaciones sociales más próximas.

Tener una buena pareja que me comprenda y me valore a pesar de estar aquí, aunque soy muy cansón, muy fastidioso, muy intenso, eso me haría sano. Saber que mi mamá a pesar de que está enferma, ha tenido fortaleza para aguantar durante el tiempo que yo esté aquí, porque esa es la que yo más molesto para que voltee conmigo. Eso me haría sano, saber que mi familia está ahí, y que mi Diosito no deje que se me vayan todavía de este mundo, esas cosas me harían sano [...]

Volver a reunirme con mi hijo [...] A recordar viejos tiempos de cuando él era niño”.

PPLE4

Este aspecto no se refiere solamente como derivado de la experiencia subjetiva, también es referenciado como observación del entorno, lo que les permite concluir sobre el hecho como una situación compartida, colectiva.

“Yo he analizado eso, por ejemplo usted ve una persona que lo visitan cada 8 días y la persona es más folclórica, es más anímica, en cambio usted ve una persona que no la visitan y es alicaído” PPLE3

6.3.5. Las condiciones de vida

Otro tipo de expresiones de gran fuerza y presencia entre los participantes, más allá de lo individual, biológico, actitudinal e incluso relacional referidas aquí son las condiciones materiales de vida. La primera a resaltar en este ordenamiento particular son las condiciones de la alimentación, que dado que es un proceso sobre el que no tienen control, más que hábitos alimentarios son aquí parte de las condiciones materiales de vida. “La alimentación es muy importante para la salud, pienso que juega demasiado porque es que uno se mata prácticamente por lo que come”. PPLE14

En este sentido se alude a la calidad de la alimentación, “Una persona si no se alimenta bien lo aquejan problemas de salud una gastritis hmmm o si se alimenta mucho pues también obviamente...” PPLE1. Calidad que se percibe también como posibilidad de tener diferentes tipos de alimentos previstos y combinados en la minuta de la alimentación, lo que promueve que se expresen las inconformidades con los alimentos consumidos en el establecimiento, “Acá se come de pronto con mucha grasa, con exceso de grasa pienso yo....esto varía, si de pronto tú estás en tu casa tu puedes más o menos mirar cómo puedes preparar los alimentos, pero acá no!, aquí surge una variedad en la preparación de alimentos entonces eso muchas veces te puede enfermar. PPLE7”

La calidad aquí referida también tiene en cuenta la preparación y la inocuidad de los alimentos, “Un alimento descompuesto puede matar un poco de personas aquí” PPLE2; “Acá por ejemplo pasa por la tangente y de pronto mandan un alimento pasado, entonces resulta que uno consume eso y después le genera la enfermedad. Muchas veces por falta de preparación y otras por pasados de tiempo, eso muchas veces suele suceder” PPLE7. En este aspecto opinan las PPL que las condiciones de preparación de los alimentos en el establecimiento son muy precarias tanto en infraestructura como en condiciones sanitarias adecuadas para ello.

“un espacio muy pequeño para hacer comida para mil personas privadas de la libertad” y “tiene varias falencias en cuestión de sanidad”. PPLE1

“El área donde se preparan los alimentos, está adecuado, acondicionado, para preparar alimentación para 328 internos y si hay mil entonces partamos de ahí ¿cómo será la preparación de los alimentos? Cuando esto no está en condiciones para preparar alimentos para mil personas, desayuno, almuerzo y comida y entre ellos hay unos compañeros que requieren de una alimentación balanceada, que hacen dietas que son dietéticos, que no pueden comer muchas cosas porque son hipertensos”. PPLE15

Finalmente consideran que no solo es el tipo de alimentos ni sus condiciones higiénicas sino también la forma de su preparación, el tipo de energía que le ponen al momento de la preparación. Al respecto identifican aspectos de la problemática que les toca vivir que lo declaran en ese estudio y al respecto se refieren con expresiones como: “No le ponen desempeño si no que “hágalo como pueda” PPLE7 además algunos piensan que “la preparación de los alimentos es desagradable” PPLE15 que “los alimentos pueden ser buenos pero muchas veces son mal preparados” PPLE6, lo que hace añorar mucho más las circunstancias vividas antes de la privación de la libertad: “Una comida que sea bien preparada, con cariño, el mero hecho de ser preparada con cariño y en la casa, ya usted se está comiendo una comida buena, aquí la comida la prepara otro preso, un interno con rabia, allá

todo pedro para hacer esa comida, ¿usted se imagina? Desde allá ya va mal preparada, ya la comida va mal, aquí no, aquí le ayuda al estómago, pero para la salud para nada, que va ayudar la comida aquí, para nada, pa´ nada” PPLE3.

“A mí no me importa que me den un plato de lentejas con arroz mondao sin carne, pero hombre démelo con amor y bien preparado. Bien preparado...que las lentejitas sean blanditas bien ricas, bien sabrosas ¿cierto? y el arroquito bien preparado. Pero arroz duro, sancochado y lentejas sancochadas, hombre no somos marranos. Somos seres humanos, y al contratista no le importa eso y ¿quién supervisa al contratista? Nadie” PPLE9.

Se conceptúa aquí que el hecho que la preparación de los alimentos sea hecha por terceros, ajenos a la realidad de la institución que obtienen un contrato para ello pero que carecen de otros intereses, determina en gran medida este tipo de situaciones, “Desafortunadamente la alimentación aquí la manejan contratistas que les importa es la plata no más” PPLE9.

De la misma manera declaran formas de corrupción de las que se benefician unos pocos en deterioro de la mayoría: “En el rancho muchas veces eso por debajo de cuerda el que tiene más formita compra el kilo de carne que es el presupuesto de todos, porque aquí no hay carne de la mejorcita entonces a los demás ya va a tocar como más reducida y como de más malita calidad y eso. El juguito a veces, como el azúcar lo utilizan por ahí para hacer chicha entonces lo sacan, lo venden, entonces a veces también llega el juguito bajito de...bueno a la hora de la verdad hasta le servirá a uno porque el azúcar” ...PPLE16.

Otro aspecto que surge con gran fuerza en las condiciones de vida es el hacinamiento que se vive al interior del establecimiento. Existe entre los sujetos de este estudio conciencia de esta situación, así como de los riesgos que tal situación encarna para su salud.

“Uno entiende que es un problema generalizado a nivel nacional, pero obviamente no deja de ser un problema para la salud, para la convivencia, para la misma tranquilidad.” “Lo del hacinamiento también es otra cosa que también tiene que ver con la salud” PPLE11; “El hacinamiento es un problema de salud pública, ¿hacinamiento? impresionante... en un entorno pequeñito viven 8 o 10, si a uno solo le pegó gripa con ese solo estornudar automáticamente contaminó los otros... nada más el hacinamiento es un problema de salud pública gravísimo” PPLE12.

En estas circunstancias, las PPL refieren casos concretos en los cuales, según sus análisis, están expuestos a sufrir enfermedades concretas como la tuberculosis: “Cuando llegué acá un muchacho, un compañero, ... tenía tuberculosis; la persona que tenga ese tipo de enfermedad tiene que ser aislada y aún más cuando hay mucha concentración de personas tiene que ser aislada, nos dimos una lucha para que le pudieran abrir un calabozo de dos metros cuadrados, y ahí permanecer más de 40 días hasta que se le controló para que no nos afectara a todos” PPLE15.

“Si una celda se hizo para 4 personas ¿por qué tienen que dormir 10 u 11 personas en una celda de 4 personas? El hacinamiento es mortal en todas las cárceles del país... ¡Y he ahí... y ahí está la salud! y ahí es donde debería entrar el cuerpo de salud, ahí es donde debe de haber un comité, empezando por el médico que maneje el sector salud, ese médico ese profesional de la salud decir: “¡bueno por Dios! ¿Aquí qué está pasando? ¡Señor director! o quien mande en las cárceles, vamos a evacuar estas personas y darles el espacio que se merece, el derecho que se merece el interno de tener su espacio” PPLE9.

Las condiciones de hacinamiento son tales que los espacios sin dejar de ser lo que el diseño indica, pasan a ser otros a la vez. Los baños son también dormitorios, los pasillos son celdas, el taller es lugar de trabajo, celda y dormitorio. “Lo acomodan a uno en celda, duerme uno dentro de un baño, duerma en el piso por debajo de una plancha en una colchoneta de 50 o 60 centímetros de ancho porque no cabe para más” PPLE15.

“Eso es muy complicada esa situación porque no tenía uno espacio donde dormir. Hay dormíamos 10 en el baño y Habíamos dos que no fumábamos, un señor y yo, de resto si fumaban. Los otros haciendo su necesidad, los otros bañándose y uno esperar a que ellos terminen para uno poder organizar, ir a lavar eso para uno acostarse... todos los días la misma vaina” PPLE8.

“Hay 300 personas allá (caso particular patio 4) y te voy a decir que por ahí 250 son las que fuman allá. Entonces imagínese a todo tiro, esa gente pegada a ese humero ahí y uno pasando por ahí, entonces yo creo que eso también es perjudicial para uno” PPLE6.

“Esa es la humillación más grande!! dormir en un baño...De estar durmiendo lo mas de bien, venir a dormir usted en un baño aguantándole olores a otros ahí, el uno tosiendo, el otro fumando, el otro hablando y en un espacio bien pequeñito, eso es muy maluco” PPLE8.

“Uno deja un espacioso como “así más o menos” (indica con sus manos la medida) para que la gente pase y así aprende uno a llevar las cosas. Llevo 5 años ahí y he solicitado, he molestado mucho he escrito mucho pero no, ni traslado tampoco ni nada” PPLE18.

“Los demás tiene que pasar por encima de uno porque el hacinamiento es bastante” PPLE16.

Decir hacinamiento en estas circunstancias más allá de significar mucha gente en un pequeño espacio, ni un determinado indicador frío, es sensación de inseguridad, es angustia por la negación de las condiciones dignas de vida, es amenaza:

“El hacinamiento... el encierro! ¡el encierro aquí lo mata a uno!... y el saber que... acostarse uno en el piso, tirado uno como un perro, como el cuento por ahí, porque por aquí llega mucha gente que llega de otras cárceles y ni colchoneta el establecimiento le brinda...eso le afecta a uno” PPLE2. “Muy limitados los espacios y por eso se dan muchos problemas a veces, aquí por ejemplo en esta cárcel en

uno de los patios que más problemas se dan es en el cuarto y es por el hacinamiento tan grande, tan verraco que hay...PPLE16”

(esto es) problemas tras problemas, porque este paso y lo piso, que porque este me mojé en este pasillo, eso hay problemas por todos lados” PPLE6.

“Un taller que en un entonces era para trabajar, para artesanías, tejidos y telares, marroquinería se convirtió en una celda, para internos, para compañeros que duermen peor que los animales, en cambuches, cubiertos con una sábana y lo más triste es que ahí tienen que recibir su familia, sus hijos” PPLE15.

“Aquí no hay donde estudiar, en este patio donde yo vivo, el taller se convirtió en dormitorio, la biblioteca se convirtió en dormitorio. El gimnasio se convierte prácticamente en descanso, la cancha se convierte en dormitorio los domingos. Donde yo vivo es un patio diseñado para 58 hombres y tenemos 136!...” PPLE14.

Estas condiciones se manifiestan en procesos que los hacen más propensos a la enfermedad, “Soy el último que me acuesto y soy el primero que me levanto, porque duermo en los baños, eso me afecta” PPLE2; “La dormida, eso es lo que anhela uno más tener, una dormida cómoda, hay gente que no tiene colchoneta” PPLE6; “El usted no dormir bien, eso afecta la salud, usted dormir 4 o 5 horas, o dormir menos, o dormir en un espacio en el que usted no puede ni voltearse ni nada, ¡imagínese!” PPLE12.

Preocupación adicional se genera al pensar en la visita de la familia. En estas condiciones, la visita se convierte en una frustración más, “Eso es muy complicado para la mayoría de los muchachos, para recibir la visita, para recibir los hijos, o entra el compañero o usted, o tiene que esperar compartirse el tiempo con el compañero, y hay otros compañeros que entran adelante y le niegan el espacio al otro compañero entonces el otro se tiene que quedar con la señora todo el día parados o sentados por ahí”. PPLE11

Las condiciones higiénicas y en general ambientales es otro de los capítulos puntualmente remarcados como determinantes de la salud y la enfermedad por las PPL. Algunas de estas condiciones se identifican como problemas de la infraestructura del establecimiento, “Estábamos nosotros en el patio y había residuos de aguas negras entonces muy mal olor, eso también lo afecta a uno, eso contamina ¿y ahora?, la enfermedad” PPLE7; “cuando se rebosaba esa agua de la alcantarilla eso no tenía arrimadero” “todo eso revuelto, eso produce malos olores, eso es malo para la salud”. PPLE6

Pero también estas condiciones ambientales son identificadas como resultado del comportamiento de las personas, “Tirar basura al piso no es benéfico para nadie” PPLE17; “Tengo que estar pendiente del aseo del patio, que no hayan desperdicios regaos, que no boten desperdicios para que no lleguen roedores”; “... aquí hay una placa, del piso de arriba le botan comida a las ratas a esta placa y aquí en esta placa a esta altura, ahí duerme el interno al otro lado, no hay pared, que pasa?: las ratas se montan por ahí y se le montan encima al interno, porque ha pasado muchas veces, una rata de esas con tanta infección que carga y lo muerde a uno en la noche, eso trae enfermedades” PPLE2.

“Es tan poquita la conciencia empezando en la cuestión de higiene porque en el patio hay un encargado que recoge la basura y barre y todo eso y entonces otros porque hay quien lo recoja dicen no pues que si no hay basura entonces...tiran la basura, el hueso lo tiran en el piso habiendo la caneca. Entonces muy poquita cultura en la cuestión del aseo que de alguna manera contribuye también a fomentar los virus o infecciones. Y eso se ve aquí. Entonces estamos en un lugar de alguna manera digo yo hostil siempre para la salud, eso porque el cuerpo humano como que crea tantas defensas pero que estemos en el lugar más...que la gente contribuya muchas veces para tener buen estado de salud desafortunadamente no, a mi modo de ver”. PPLE16

6.3.5. Más allá de las condiciones de vida, los grandes procesos económicos, sociales y políticos

Más allá de lo hasta ahora referenciado aquí, esta visión de la salud determinada ahonda en los procesos económicos, sociales y políticos que determinan la organización social y lo que podríamos llamar, nuestro modelo de desarrollo, como el mayor determinante de la situación de salud y de enfermedad en nuestra sociedad y por supuesto, la de la PPL. Si bien, las referencias que dan cuenta de ello son menores, el relato identifica lo que en los sujetos del estudio serían las motivaciones y fines últimos del sistema de mercado y lo que se podría decir, son su modo de operación para garantizarse sus objetivos de generación de mercados y obtención de ganancias, incidiendo en las percepciones y decisiones de las personas:

“Pienso que el capitalismo, con ese afán desbocado de vender y vender... pienso que la alimentación en Colombia, América latina y sobre todo en Norte América, es una costumbre, es ganar y ganar... por ejemplo a la gente la saturan por ejemplo de hamburguesas, que en últimas es carne molida con pan y le dicen hamburguesa, a la gente la soplan, la llenan de grasa y luego le venden juventud porque por los dos lados ganan, primero las engordan y luego les venden juventud, entonces pienso que el capitalismo, la forma en que manejan las personas influye mucho en eso”. “...en últimas la sociedad de consumo que impulsa el capitalismo juega mucho en enfermar la gente, pero después le vende lo otro, le volean cuchillo”; “las enfermedades muchas son producidas, son incitadas, no se prevén porque no es un negocio prevenir la salud”. PPLE14

6.4 El Derecho a la Salud: Experiencias y significados



Figura 9. Mapa de la Categoría El Derecho a la Salud

Este constituye el eje central de este trabajo, en el cual encontramos una reflexividad de la cual este estudio se nutre para dar respuesta a la pregunta de investigación y a los objetivos de la misma. Sorprende encontrar una trama de significados y de interpretaciones que los participantes de este estudio da al derecho a la salud y su relación con los elementos anotados como determinantes de la salud, hallándose allí una fuente muy clara de coherencia que resalta en este trabajo. Muchas de las interpretaciones han sido objeto de extensos y profundos tratados académicos sobre el tema.

6.4.1. Ante todo, una referencia a la dignidad humana

“las personas que estamos privadas de la libertad somos seres humanos...” PPLE1

Abordar el tema del derecho a la salud con la PPL suscita una primera reacción expresada con firmeza. Reacción que tiene muchos tonos de reclamo a la sociedad, a la institucionalidad y en general al Estado.

“Los seres humanos que están tras las rejas; ¡es que no son animales por Dios!, ¡no somos animales, ni somos objetos, somos personas somos humanos!” PPLE9; “Los que estamos en la cárcel para mucha gente no somos seres humanos, estamos demonizados y deshumanizados”. PPLE14

Reacciones que se tornan en denuncia: “Por qué las autoridades o los cuerpos de justicia tienen que tratar con agresividad a aquella persona que cometió un error ombe, esa persona que cometió ese error en la vida es un ser humano, y los tratan como animales: defiéndase como se pueda”. PPLE9

Reflexiones tales como que el hecho de estar en una cárcel no los convierte en “lo peor para la sociedad” PPLE7 o “que el prisionero es un desecho de la humanidad” PPLE14 como, según ellos la sociedad colombiana los trata y frente a ello queda el reclamo que se repite una y otra vez de ser considerados seres humanos y como tal, sujetos de derechos, en particular el derecho a la salud: “Las personas que estamos detenidas, privadas de la libertad somos todavía personas; las puertas para cada establecimiento están abiertas para cualquier persona y es muy fácil que se pierda la libertad pero lo más triste, es que le hagan perder a uno es el derecho a tantas cosas como a la salud por caer a una cárcel”. PPLE1

“Aquí no se valora la vida, en las cárceles no se valora la vida de las personas” PPLE9

Efectivamente, en este estudio, los participantes antes de adentrarse en el asunto de la salud como derecho parten de un concepto que claramente se coloca como el soporte necesario para hablar de los derechos que es su consideración del ser humano y su dignidad: “El hecho de que nosotros hubiéramos perdido la libertad, no hemos perdido la dignidad como seres humanos”. PPLE2 Es esa dignidad de seres humanos la que los hace acreedores a los derechos, en sus expresiones: “Nosotros hemos perdido es el derecho a transitar libremente por la calle o algo así, por la embarrada, el delito, lo que sea que hallamos cometido, pero los derechos si no los hemos perdido”. PPLE16

Se asume a la vez, que el derecho a la salud dignifica el ser humano: “El derecho a la salud para mi es dignificar la dignidad del ser humano...” PPLE12. Por ello, entre otros, se reivindica el derecho a la salud de las PPL, “Es un ser humano así haya perdido su libertad porque se equivocó algún día, pero un ser humano como

cualquiera por eso necesita que no se le vulnere un principio fundamental que es la salud”. PPLE15

Pero los relatos acerca de la realidad del establecimiento respecto del derecho a la salud, son llenos de reclamos y de denuncias de un derecho repetidamente vulnerado:

“El hecho de usted pedirle permiso, pedirle el favor a un guardián de custodia que le permita ir a sanidad y que esa persona le diga no! porque simplemente a él no le da la gana, es ahí donde se afecta mucho más la salud y gana uno un poco e rabias; por qué no lo llevan a uno a un centro de salud que es custodiado por ellos mismos? sabiendo que uno manifiesta que tiene una dolencia?... entonces es ahí donde la dignidad se la dejan por el piso a uno”. PPLE1

“Después de perder la libertad, no se puede perder la dignidad... ya después de haber perdido la libertad si usted tiene algún dolor, aquí si es un problema pa’ que lo atiendan”. PPLE1

6.4.2. El derecho a la salud: experiencias y significados

Habiendo aclarado a lo largo de este relato su condición de seres humanos, de personas con dignidad humana, como premisa para poder hablar de los derechos y del derecho a la salud, surgen entonces los conceptos, lo que para ellos significa el derecho a la salud, lo que comprende ese derecho pero también sus propias situaciones frente a la realidad de ese derecho en las condiciones actuales por las que atraviesan.

Lo primero que se destaca es un conjunto de valoraciones acerca de este derecho, en las que se nota una fuerte congruencia con los conceptos de la salud misma ya presentados aquí:

“el derecho más importante que tiene el ser humano”, “el derecho fundamental de las personas” es tan importante que “si lo descuidan, lo vulneran, la persona puede fallecer”, “es algo prioritario, que no se debe vulnerar”. PPLE1

“Para mí el derecho a la salud es algo muy prioritario, muy importante, porque si no tenemos una buena salud no vamos a tener una vida digna, tanto digna como sana, no vamos de pronto a vivir y a ofrecerle ese bienestar a nuestra familia porque si usted no tiene derecho a la salud no tienen derecho a nada porque va empezar a decaer mucho”. PPLE4

“El derecho a la salud es el derecho a la vida!... el derecho a la vida! no hay más por donde hacerle” PPLE9; “Si usted no tiene derecho a la salud no tiene derecho a cómo vivir a cómo sobrevivir, es uno estar bien, si usted no tiene derecho a la salud, no tiene derecho a la vida”. PPLE4

“Es tener derecho a estar vivo y sentirse una persona, porque la salud va ligado íntimamente a la vida”, PPLE14 “La salud es el derecho fundamental de las personas, incluso en lo universal”. PPLE1

Luego de estas valoraciones surge una gran conciencia del carácter jurídico de este derecho. Se afirma y se reivindica claramente este derecho como un derecho con soporte legal y constitucionalmente en el país, como un derecho fundamental, como un derecho en conexidad con el derecho a la vida, de carácter universal reconocido así a nivel internacional.

“La salud va relacionada con la vida y el derecho a la vida es un derecho universal” PPLE5; “El derecho a la salud es un derecho constitucional” PPLE4; “constitucionalmente todas las personas tenemos derecho” PPLE7 “es una obligación” PPLE12 “es algo que está establecido por ley” “que debe ser respetado”. PPLE8

“es un derecho que tenemos todos los colombianos obviamente donde estemos”; “El derecho a la salud yo pienso que es uno de los derechos también muy fundamentales a nivel Colombia y obviamente a nivel carcelario...”. PPLE11

Para ellos resulta aún más relevante destacar esta connotación legal dado que consideran que son personas que están en mayor riesgo frente a las cuales se debe

tener prioridad y por lo tanto como aspecto fundamental legalmente establecido, no se debe vulnerar: “Está en la misma constitución y por lo tanto a pesar de que uno está privado de la libertad y está en estos momentos en esta situación, no se le debe ver vulnerado, ni se le deberá vulnerar nunca”. PPLE4

Adicionalmente, los participantes identifican frente a este derecho una responsabilidad del Estado en términos de su cumplimiento, de su garantía para todos, lo cual además ven justificado por el carácter del Estado colombiano consagrado en la Constitución Política “...El Derecho a la salud debe ser un derecho que el Estado debe hacer cumplir, lo debe hacer cumplir en un Estado social de derecho como el nuestro, eso debería pasar... ese es el significado que yo le doy: que sea eficiente si a esto nos referimos, que sea oportuno, que no se viole”. PPLE15 Para los sujetos de este estudio, el derecho a la salud se justifica por el solo hecho de ser persona y no habría que demostrar algo más.

Este derecho tiene para las PPL una connotación de resultado, en el sentido que gozar efectivamente del derecho a la salud, significa gozar de una serie de condiciones que lo hacen posible, que le son importantes e imprescindibles. En general este derecho se concreta en el derecho a condiciones de vida digna, volviendo entonces aquí a aparecer el conjunto de circunstancias que hemos llamado determinantes de la salud. Lo que en síntesis podría afirmarse que para ellos, el derecho a la salud se concreta en el derecho a gozar de condiciones donde el desarrollo de la vida y de la salud sea posible. Derecho a una buena alimentación, a mejores condiciones de vivienda, a tener trabajo, al esparcimiento y por supuesto, es tener derecho a la atención sanitaria, cuando ella se requiera.

“Tener derecho a la salud es tener derecho a tener una buena alimentación, es tener derecho a una buena habitación, es tener derecho a tener un buen trabajo, a ratos de esparcimiento y eso es estar uno sano, porque el trabajo es necesario” PPLE16; “La recreación hace de que de que una persona pueda tener derecho a la salud hasta la misma sacada a un patio a una cancha a que tomen el sol”. PPLE1

6.4.3. El Derecho a la atención sanitaria

Como en otros estudios, para las PPL merece un capítulo aparte el derecho a la atención médica como un componente muy importante del derecho a la salud.

Entre las expresiones tiene gran peso para ellos, el poder ser atendido en el momento de la enfermedad, pero va más allá del simple acceso al servicio. Esta potencialidad de atención es reclamada con una determinada cualificación tanto desde el punto de vista técnico pero además desde el punto de vista humano y además también se reflexionó como un conjunto de servicios que se ofrecen más allá de la atención de los enfermos, en el desarrollo de otro tipo de estrategias como las relacionadas con la prevención.

Las expresiones típicas que emergieron de los sujetos de este trabajo respecto del derecho a la atención como componente del derecho a la salud fueron: “si lo aqueja alguna dolencia, tiene algún virus, algún problema de salud que lo atiendan” PPLE1, es “la atención en el momento de uno requerirla” PPLE2, “una atención prioritaria para los enfermos” PPLE2, que “si está enfermo atenderlo de una vez, como a cualquier Colombiano” PPLE14; “es el derecho que supuestamente por ley o por constitución todo mundo tenemos a ser tratados”. PPLE16

Una primera cualificación de esta atención en salud es la oportunidad, “ser atendido en el momento que lo requiera, oportunamente”, “el derecho a la salud es tener una asistencia adecuada y a tiempo, acceder a servicios de salud cuando usted los considere que los necesita”. PPLE16

Pero como se dijo, más allá de la atención del enfermo, servicios de carácter preventivo: “Es uno de los derechos más interesantes en la persona, es la vida, es prevenir esas enfermedades y obviamente prevenir para que esa persona pueda tener una vida más larga”. PPLE11

En sus reflexiones, más allá de una atención oportuna, identifican una serie de condiciones o características vistas como necesarias para el cumplimiento de este

derecho, como condiciones locativas o de personal o que haya acceso a medicamentos: “que haya personal adecuado” PPLE4; “a que un médico lo vea bien” PPLE3 “el acceso a los profesionales y si necesita cirugía, hacerla” PPLE14; “que usted tenga su droga bien recetada”; “buen manejo de una urgencia grave” PPLE3; “vacunarlo contra la gripa, contra la hepatitis, contra esto, contra todo lo que se pueda vacunar, odontología, PPLE14 prótesis y sus radiografías” PPLE18; “... en caso de una hospitalización tener todos los beneficios de la salud”. PPLE8

Pero la realidad del establecimiento carcelario y sus particularidades obligan a pensar también en los diferentes eslabones: “...que tenga un buen trato por parte del cuerpo de custodia en el momento de la salida de su celda hacia el centro médico y que allí haya todo lo necesario para poder que sepan que lo aqueja y también tener su respectiva medicina para controlar esa dolencia”. PPLE1

“Si uno se enfermó y tiene derecho de que lo lleven a una parte eso debería de ser más rápida la vaina, la salud por encima de lo que sea. Usted tiene hambre y usted con hambre puede aguantar 1 o 2 días, pero usted con un dolor o con un problema de salud que lo tienen que salvar a uno en media hora no da espera”. PPLE13

Estas condiciones anteriores se complementan en las voces de los sujetos de este trabajo, con características más allá de lo técnico, de tipo humano: “derecho a que de pronto en una necesidad pueda ser escuchado...” PPLE7; “tener derecho a que lo atiendan dignamente, es tener todo el acceso a la salud en cualquier parte” PPLE3. “Yo pienso que habremos personas que vale la pena de que nos pongan cuidado en cuanto a la salud, que realmente hayan unos profesionales que se dediquen, que realmente presten ese servicio con amor, con humanidad, con ese valor humano”. PPLE11

6.4.4. Derecho a la atención: las experiencias

Al considerar las experiencias en torno de este derecho en este tipo de establecimientos, Las dificultades que se deben superar para el logro de los servicios están al orden del día en las expresiones y reflexiones de las PPL. Estas van desde conseguir que se abra la reja de los patios hasta ser efectivamente atendidos, y nuevamente, hablar de estas dificultades los sume en una serie de sentimientos que como ellos lo dicen, el ser humano se siente abatido y agredido en su dignidad:

“Me he sentido discriminado. Me he sentido como un objeto sin valor, porque es lamentable que yo esté a disposición 100% del Estado y si me enfermo yo no tenga ni siquiera atención médica, oportuna. Cuando el Estado me privó de la libertad y todas mis obligaciones quedaron para que ellos le den solución y yo no puedo hacer, entonces me he sentido mal, me he sentido discriminado, me he sentido abandonado por parte del Estado, yo personalmente y gracias a Dios que han sido enfermedades que tienen solución muy pronta; Ahora mis compañeros que tienen enfermedades terminales, enfermedades que requieren de atención médica permanente ellos como se sentirán pregunto yo? Si yo me he sentido mal con una enfermedad que tiene solución ahora ellos que deben de tener tratamiento permanente, constante y no lo tienen ¿cómo se sentirán esas personas y sus familias? sus sueños, ahí están aburridos”. PPLE15

“El preso es una persona indefensa porque uno aquí no produce nada con un agravante incluso que usted entra 100.000 pesos en artículos para trabajar y le cobran el 10% en impuestos. Si usted mete 100.000 pesos en pintura tiene que pagar 10.000 en impuesto a la cárcel. Tras de que no nos brindan empleo nos cobran impuestos”. PPLE14

“Siempre ¿va a chupar quién? Los más débiles, los que estamos entre muros los desechos de la sociedad”. “Si usted tiene algún dolor, aquí si es un problema para

que lo atiendan primero, por la sacada de los patios y segundo, porque si lo llevan a la sanidad no va a haber quién lo atienda”. PPLE14

“Son muchas las cosas que a uno lo llenan de tristeza, no tener uno la forma de ayudarle a compañeros que se muren hoy en día en las cárceles del país enfermos, y que diario se publica a la opinión pública en la cárcel tal murieron 4 o 5 pero como si fueran animales, aquí no se hace nada, aquí no se adelanta ninguna investigación penal ¿quiénes son los responsables del que se acaba de morir?”. PPLE15

Las situaciones relatadas, dan cuenta de las dificultades y barreras que tienen que vencer para poder tener acceso efectivo al servicio: “Esto siempre es muy difícil para ser capaz de dar una atención digna”. PPLE3

La oportunidad para atender un llamado ante una situación probablemente urgente, parece ser un factor crítico: “Ufff eso es muy maluco, una persona que está ahí con un dolor y hace rato médico!... guardia!, guardia un médico!... y es por ahí a la media hora a la hora que viene a aparecer”. PPLE8

Por eso el llamado que se hace desde adentro se hace dramático: “Si estoy sufriendo de algo y llevo tanto tiempo en esto porque no me colaboran, por qué tenemos que esperar a llegar a extremos para que me atiendan...”PPLE2

Ante las dificultades vividas en su experiencia diaria, parece no quedarles como conclusión que: “El derecho a la salud en las cárceles no existe! El derecho a la salud en las cárceles, es lo que pierde uno junto con la libertad!”; “Dentro del establecimiento para mí no es nada! Aquí se le violan los derechos al interno. Acá se los violan mucho!...”. PPLE1

“El derecho aquí es un derecho por si acaso. Porque uno aquí no ve forma de hacer cumplir eso a cabalidad. Uno aquí se cansa de pelear...”, PPLE13 “El derecho a la salud de las personas privadas de la libertad consiste en que los profesionales de la salud tienen que estar en el momento que los necesiten ahí pero no están”. PPLE9

Y es que el servicio no parece estar disponible para cuando se requiera, sino que tiene serias restricciones: “Usted aquí tiene que enfermarse es por horas. Aquí no es cuando usted se enferme sino cuando el médico preste servicio y una enfermera, aquí todo se vuelve complicado”; “Hay cárceles donde le dicen: “para el médico hoy solo 5” es numérica, no es quien se enferma sino: hoy atiendo 5, o atiendo, 2, o atiendo 3, no es si está enfermo, le ponen número a la gente, hay partes donde le dicen que si la lista de enfermos pasa de tantos echan al empleado porque no se pueden enfermar sino tantos.” PPLE14

“Aquí no se puede enfermar, lo peor que le puede pasar al interno es enfermarse porque no tiene como poder volver a recuperarse fácil”, “en la cárcel no se puede enfermar mejor dicho”. PPLE1

Parece ser entonces que ese derecho identificado por ellos mismos en las leyes y la Constitución política del país, es como comúnmente se dice, letra muerta: “Eso está solo en el papel porque obviamente todas las personas tenemos derecho a la salud pero en las cárceles no!” PPLE1; “El derecho a la salud en las cárceles del país es vergonzoso, es lamentable [...] es una mentira!”. PPLE15

Si bien existe la conciencia de una situación particularmente crítica debido al ámbito particular en el cual se encuentran inmersos, se reconoce que esta no es una situación exclusiva de ellos y que el problema tiene también unos comportamientos y características generales que le son comunes y que obedecen a patrones superiores:

“El derecho a la salud, lo ve usted en noticias, en estos establecimientos, que el derecho a la salud no existe, que las personas cada día son menos afiliadas a salud, que no los atienden, que no hay con que atenderlos...” PPLE3

En este contexto se identifica que en lugar de derecho lo que hay es un negocio de servicios de salud que afecta a toda la sociedad: “Es el derecho de todo colombiano! la salud no debería ser un comercio, no debería de ser un negocio”. PPLE14

Las expresiones son claras, fuertes y toman un tono de denuncia vehemente: “La salud es un derecho que en Colombia no se cumple, ojalá llegue el día que se cumpla; me parecen miserables y ojalá algún día lleguen a la cárcel a meter a todos los bandidos que venden la salud porque son delincuentes, porque comercian con la gente, porque matan más niños con la salud que el mismo conflicto armado que vive Colombia. Es más, la gente que se muere en las puertas de hospitales por unas leyes que discriminan, unas leyes que niegan el derecho a la vida. Ojalá llegue el día en que a esos criminales los metan a la cárcel por vender un derecho que es inalienable es que no se debe ni de pedir es que se debe dar casi que por hecho, no por oficio se debe dar. Va íntimamente ligado a la vida, no se puede separar.”
PPLE14

“La salud es un derecho de todo colombiano. Inclusive, desde mi punto de vista muy personal, yo siempre en mi concepto pienso que la salud no debe ser vendida y para mí es criminal, y es miserable, y es inhumado y es deshumanizante vender la salud. Todo colombiano tiene derecho a la salud independiente de si es feo, bonito, rico o pobre, mujer u hombre, si es joven o anciano, en Colombia me parece que la salud es un derecho y en estos momentos es un negocio, no soy diestro en el tema, pero desde “peladito” desde pequeño yo siempre pienso que la salud no debiera venderse en ninguna parte y que en Colombia debe ser asumido por el Estado.”
PPLE14

En este contexto, llama la atención la visión que tienen de este como un problema de carácter global:

“La salud a nivel mundial es un negocio, muchas enfermedades en el mundo no les han encontrado cura no porque la ciencia no sea capaz, sino porque es monopolio de las multinacionales, a una multinacional que le conviene?, tener un paciente controlado y dependiente de medicina o curarlo?: dependiente de medicina porque es una entrada económica”. PPLE12

6.4.4.1. Lo particular: La experiencia de la problemática de la atención en salud en la cárcel

Antes de adentrarse en sus experiencias con relación a la atención en salud, los participantes identifican los aspectos más generales que rigen la atención en salud en los establecimientos penitenciarios y carcelarios del país y que obviamente los cobija a ellos. Reconocen en primera instancia la figura del aseguramiento y reconocen que hay una entidad encargada de administrar ese aseguramiento, reconocida como CAPRECOM.

De la misma manera reconocen la estructura interna y los procedimientos necesarios y usuales para obtener efectivamente el servicio requerido. Alrededor de esta estructura, de los procesos vividos por ellos y del conjunto de circunstancias que los rodean hay entre los sujetos del estudio una abundante reflexividad que aporta significativamente a la comprensión del fenómeno.

Lo primero que se resalta es la visión acerca de CAPRECOM como una entidad cargada de múltiples dificultades principalmente de tipo económico, representadas en incumplimientos en la contratación de servicios, lo que se aduce como una fuerte barrera para acceder al servicio de atención en salud.

“Todo es un lío, CAPRECOM tiene un problema... está endeudado con los hospitales, y por ejemplo si usted requiere de un examen que sea costoso y que sea pues a través de profesionales y si está endeudado por ejemplo con San Vicente de Paúl, le dicen a CAPRECOM que hasta que no les salde la deuda no lo atendemos”. PPLE12

“En un sitio de estos se vuelve ya politiquero eso ya es unas entradas, unas ganancias para las personas que manejen la salud dentro del establecimiento de momento CAPRECOM... son contratos que hace con el Estado, pero a medida que se va venciendo el contrato van dejando los recursos para ellos y le ingresan menos recursos a los establecimientos que es lo que estaba pasando y pasó en estos momentos aquí”. PPLE1

“Los funcionarios que trabajan para CAPRECOM renuncian porque no les pagan sus salarios y los que sufrimos esas consecuencias somos nosotros los internos porque el día que un compañero o uno mismo requiera de una atención médica de manera rápida, no la hay la respuesta del profesional es: no es que a mí no me pagan yo no voy” PPLE15; “Lo que hace que está la empresa CAPRECOM, la salud se ha visto afectada por que cualquier virus que llega nos coge a todos porque no hay forma de prevenir nada”. PPLE1

La imagen que reflejan de la EPS CAPRECOM es de una alta corrupción y están convencidos que esta es la raíz de las dificultades que enfrentan para la atención en salud:

“Donde ampliaran ese presupuesto, por qué, de pronto que pasa, encargados de CAPRECOM iban a robar más pero se veía mejor la salud en las cárceles. Ahorita quieren robar bastante pero como el presupuesto se acabó, entonces que pasa... el presupuesto que ellos se roban es el poquito que nos quedaba para nosotros en las cárceles, entonces que pasa, nos hicieron el recorte en las cárceles”. PPLE2

“Hay que joder todo el día con CAPRECOM, me disculpa la palabra que dice todo el mundo: “mucha mamadera de gallo”. PPLE3

Los hechos se suman como evidencias de un complejo problema en el que nadie, entre los funcionarios del sector salud, pareciera tener la culpa ni la solución y en el que los únicos perdedores son los internos y más aún cuando la atención se necesita:

“Todo se hace a medias, los profesionales que contrata CAPRECOM prestan un servicio en las cárceles o acá en Itagüí ellos no la prestan como debería ser, con ética profesional y moral ¿por qué? si es un médico general él de una vez ordena el procedimiento que se debe hacer con el interno y que enfermedad tiene y que son los medicamentos que se le deben ordenar para que este comience a combatir lo que tiene. Todo este tipo de cosas sean exámenes, medicamentos que son POS –

no POS, algo así, entonces el médico dice: “yo ya ordené”, yo ya hice mi función lo que pasa es que Bogotá no ha girado los recursos para comprarlos. Y mientras eso que hace el interno que está privado de la libertad? la persona que está enferma y requiere de atención rápida ¿qué hace?... y lo más difícil es cuando no tiene la solvencia económica, los recursos económicos para que la familia se los compre, es lamentable, se muere!”. PPLE15

Las respuestas que reciben a sus necesidades de atención, parecieran ser las mismas razones de la problemática de la EPS con las cuales pareciera que la desatención quedara disculpada: “El encargado de CAPRECOM, que es el que ha venido aquí, un Doctor Juan Carlos a hablar con nosotros, es de presupuesto... que hay recorte de personal por el presupuesto, que CAPRECOM tenía 21 establecimientos y ya no tiene sino 18 porque entonces tocaron hacerle recortes a 3 establecimientos porque el presupuesto no alcanza”. PPLE2

Por otro lado, al interior del establecimiento hay un recurso y unos procedimientos que las PPL relatan. A este recurso, que incluye una infraestructura física, se le llama “sanidad del establecimiento” y que cuenta también con alguna dotación necesaria para la consulta y la atención de algunas urgencias médicas e igualmente con algunos recursos profesionales. La atención de rutina se organiza por patios, a los que se asigna un determinado número de citas, las mismas que son dadas previamente. En este, algunos internos toman parte ayudando en el proceso ayudando a organizar la demanda de atención, además de otras actividades como velar por la higiene del “patio” donde ellos habitan.

“Cada patio tiene su día de que lo atiendan allá en sanidad, ejemplo, al patio de nosotros nos tocó el miércoles, entonces desde el lunes empiezo yo: ¿Quién necesita cita médica? ¡A, que yo! Entonces lo pongo ahí, tan, tan, ya le pongo el TD (tarjeta decadactilar identificación de la PPL en el establecimiento) y ya empiezo a anotar los que necesitan médico, entonces ya el martes por la tarde llevo el listado, entonces ya yo con la misma enfermera saco el listadito allá o ella lo saca, sacando

ahí las citas con la horas y todo, entonces ya cada interno tiene su cita y llega a la hora que le toca, entonces si hay droga, pues bien, y si no hay paila”. PPLE6

Estos internos que participan del proceso son llamados “Promotores de salud”, y papel es como enlace entre el área de sanidad y sus compañeros, “Mis responsabilidades como promotor de salud son las siguientes: sacar citas médicas de los internos del patio seis...estar ahí pendiente de las urgencias...estar pendiente del aseo del patio...estar pendiente del ingreso de los alimentos al patio que estén en perfectas condiciones[...] la asistencia dentro de los internos como para que le comenten a uno la, porque no todo mundo le comenta a uno que tiene dicha enfermedad! si me entiende?, que pasa?... ellos a todo mundo no le comentan eso por que sufre de pena o miedo o alguna cosa, entonces, eso me lo hacen saber a mí; que hago yo, yo le paso ese informe a la enfermera o al médico en sanidad para que los atiendan...”. PPLE2

En el proceso de atención su utilidad se restringe a la consecución de las citas, “Uno va a sacar una cita y no se la dan, independientemente de las citas que se sacan semanalmente para internos de que, bueno siente un dolor, pero no un dolor ya del momento para que me atiendan entonces saca uno la cita todos los lunes o martes, y las llevo, me dan las autorizaciones para el viernes, que son las citas del patio 6, y van y los atienden, el médico ya da un dictamen, que si tienen que sacarlo a X o Y cirugía, eso se queda ahí, en espera, y si el interno no entutela, no hay nada, y entutelando... y todavía no se las quieren hacer ¿Qué pasa? Mucha demora, mucha demora”. PPLE2

De la atención misma hay muchas manifestaciones de descontento frente a la calidad o efectividad misma: “No hay ni con que tratarla entonces eso se le vuelve a uno un problema ya mayor, porque aquí realmente muchas veces para controlar una gripa no hay ni un acetaminofén... esto es territorio libre de drogas”. PPLE1

Otros referencian que siempre obtienen los mismos medicamentos, lo cual les hacen sospechar de la calidad de la atención misma y pierden la credibilidad de lo que allí se hace: “Las pastas milagrosas: acetaminofén e Ibuprofeno”. PPLE2

“Uno no tiene pues que decir no que aquí la salud es muy buena o alguna cosa porque si llega medicamentos para una semana, ya no hay para 15 días...entonces eso es pésimo y eso atrae a que los internos se sientan como más acomplejaos de lo que vive uno aquí encerrado”. PPLE2

“Uno va a que le apliquen una inyección para un dolor fuerte, un dolor de oído, una migraña; por ejemplo un Diclofenaco o una pastilla para un dolor muy fuerte y no hay medicamentos, no han traído, entonces le toca “mamarse ese dolor”. PPLE4

“En estos momentos, me mandaron dos inhaladores, me dieron uno porque el otro no lo había, se quedó pendiente uno. Cosas que a veces no las hay, a uno se le olvidan y eso no las reclama y eso como que lo cobran allá, lo pasan facturado con la factura de uno”. PPLE8

No solo pasa con los medicamentos, con los exámenes sucede algo parecido, “La gente aquí pide los medicamentos, no se los dan. Se los traen a destiempo, les hacen los exámenes, y uno cuando se hace un examen es para saber que tiene y los resultados aparecen a los dos o tres meses. Otras veces no aparecen los resultados, entonces para qué nos hacemos exámenes. El examen es para saber cómo estoy, la verdad es que eso ha funcionado así. No es una mentira, es la realidad lo que se vive ahí.” PPLE11

A veces el comprobar que del estado de cosas no son los únicos afectados, les hace sentir menos desgraciados: “Por ejemplo cuando necesita uno un medicamento: que vea que es que nosotros no podemos hacer nada porque no han llegado las drogas, no las han mandado, no nos han pagado siquiera. Entonces imagínese: trabajan... antes de buenas...” PPLE6

Algunos de los sujetos de este estudio manifiestan un buen concepto del personal del servicio de sanidad tanto de su desempeño como profesionales, como desde el punto de vista humano y de la relación que establecen con los internos.

“La parte médica y de enfermería ha sido bueno en el trato, porque la verdad que las personas sean profesionales, o sean auxiliares, que se yo...son unas personas que son tratables, que asumen su cargo, son muy profesionales, y eso es parte que de entrada lo hacen sentir a uno bien”; “Ayer me llamaron, había un muchacho en el 6 que nadie lo atendía, no hay médico, entonces aquí estaba el Dr XXX, me tocó ir allá “doctor colabóreme con este interno de Justicia y Paz, del sexto, colabóreme, ya el doctor vino, lo miró y lo atendió...” PPLE5

“Ellos también dependen de lo que les mandan de allá, porque si el interno necesita tal medicina y no la hay ¿Qué van a hacer ellos también?”... PPLE6 “Ellos hacen lo que pueden”, PPLE5 incluso reconocen esfuerzos personales de los profesionales, que valoran: “Mire CAPRECON aquí tiene un odontólogo, un auxiliar y ellos a veces les toca comprar los insumos para poder atender a la gente” PPLE5

De acuerdo con los participantes del estudio, es en la escasez de personal, donde inician las dificultades para la atención: “No cuentan sino con 2 o 3 enfermeras creo para toda la cárcel, somos 800 y algo de internos y entonces imagínese y entonces eso es muy verraco. No hay médico acá”. PPLE9

“Aquí no es suficiente... Cada vez que hay un problema aquí hay que empezar a golpear esa puerta y golpee y golpee, que llame a la enfermera...y el médico sale es como la luna: de vez en cuando. Usted aquí tiene que enfermarse por horas, debe coincidir a enfermarse cuando el médico pueda subir no cuando usted esté enfermo. El trato en el sentido de respetuoso sí, no ha habido como insultos, pero no es pues lo ideal... si usted está aquí enfermo toca empezar a golpear, dele... si es un domingo tal cosa, si es por la noche, dele “que se muere”!. PPLE14

“Hoy por ejemplo no hay médico, hoy no se puede enfermar nadie...si se enferma uno ahorita no sé cómo irá a hacer la guardia, será sacarlos, o quien sabe qué hacer porque el médico de aquí lo echaron para Pedregal hoy... aquí hay que programarse uno para enfermarse”. PPLE2

“Por ejemplo aquí hasta donde tengo entendido los médicos trabajan es en el día, pero una urgencia de un caso grave en la noche, ninguna enfermera puede tratarlo con cualquier calmante que lo pueda tratar, yo no sé qué pasará pero aquí no contamos con un médico las 24 horas”. PPLE16

“Por ejemplo, me explico, usted se enfermó hoy, grave, y hoy es viernes y se enfermó: ...ah que el medico viene el martes, ósea que si usted se enfermó grave, grave, sábado domingo y lunes lo atiende la enfermera, y la enfermera no tiene la capacidad, ¡se murió, así de sencillo! ...A parte de eso el martes lo ve el médico, si está vivo... si está muy grave y requiere de una salida a la calle, eso se puede demorar otro mes más, de aquí a eso usted ya le están sacando los restos”. PPLE12

Se recalca que incluso ha habido intervenciones de organismos oficiales tendientes a que se garantice el servicio de salud con los recursos necesarios, pero no se ha logrado que exista personal para atención las 24 horas, “La Procuraduría la vez pasada que vino acá hizo una reunión y vino la Secretaría de Salud y le dejó claro a la dirección que la EPS tenía que nombrar a un médico de planta las 24 horas, aquí no lo hay, una ambulancia disponible aquí, mire, ese parque automotor de aquí vale es mejor dicho “vulgarmente para lo que nos sirven las tetas a nosotros los hombres, vulgarmente no sirven para nada”. PPLE9

Adicionalmente, en los establecimientos carcelarios y penitenciarios, el acceso a los servicios de salud tanto internos como externos también depende de la disponibilidad de otro tipo personal y de recursos, debido entre otras cosas a los aspectos de seguridad propios de este tipo de instituciones. En este sentido también la percepción es de una gran escasez de recursos. “el INPEC en el momento carece de vigilancia de personal custodio, entonces si usted tiene una cita médica, una

revisión, un examen tal día, no lo sacan porque no hay, no hay ni para sacar personas a audiencias menos la van a sacar a alguna cita médica...es un problema generalizado". PPLE1

Dadas las limitaciones de recursos, buscan sincronizar el traslado de un paciente con los de los internos que están programados para diligencias en fiscalías y juzgados lo que les implica esperar hasta ese momento para ser trasladados estando en muchas ocasiones en los calabozos días enteros en espera. En medio de ello, el interno es un paciente que requiere la atención y que ve cómo pasa el tiempo sin lograrlo, "Mientras comienzan a hacer papeles y vueltas para sacarlo a uno, mejor dicho le sacan es los restos. Y es una tramitología, eso no debiera tener tanta demora, asuntos de salud no es para tanta demora! ¡Cuando uno está enfermo no está para eso!". PPLE13

"Hay veces que: ¡ha no hay carro!, que aplace la cita, entonces toca aplazar la cita, entonces son varias las cositas que hay que coordinar para una salida, ¿me entiende?, para una cita médica afuera, que no hay nadie aquí quien lo lleve, que el carro está malo, ¿si me entiende? Entonces resultan muchos inconvenientes para que una persona pueda asistir a la cita el día que es, entonces ahí es donde llegan y la aplazan, hay gente que se la han aplazado y se la han aplazado y mejor dicho". PPLE6

Hay procesos que requieren ser sincronizados entre instituciones de diversa naturaleza, como el servicio de salud y el INPEC, pero la percepción es que esto no funcionara. Uno de esos elementos simples es el horario de las citas, así por razones propias del establecimiento carcelario y de la seguridad para los guardianes y para los internos, hay horarios en los que no es viable otorgar una cita a una PPL:

"... Por qué nos tienen que poner una cita a las 5:00 o 6:00 de la tarde que la guardia no nos va a sacar o a las 11:00 de la mañana que ya la guardia ha salido toda. Si usted tiene una cita a las 11:00 de la mañana ¿Sabe qué tiene que hacer la guardia?

Lo sacan desde las 6:00 de la mañana, 7:00 de la mañana que salen de acá y van y lo meten en un calabozo y espere allá hasta que le llegue la hora”. PPLE2

“A usted le ponen la cita a las 3 de la tarde y al interno lo llevan a las 3:30, es una irresponsabilidad grandísima, bien difícil para conseguir la cita y para acabar de rematar por falta de coordinación de ellos le hacen perder la cita al interno, ¡no se justifica!”. PPLE12

De esta manera, identifican en los trámites a un gran problema de la atención “en el trámite es donde se vuelve mala la prestación de salud; el gran problema está en los trámites” PPLE15. Allí incluso se sienten más vulnerables dentro del establecimiento que fuera de él, donde de todos modos ven la situación y concluyen envueltos en la desesperanza:

“Yo lo relaciono doctora con el sistema en general ¿sabe por qué? Porque es que cuantas veces no se ve incluso que llegan pacientes a los mismos hospitales y clínicas y tienen que esperar y los ponen a viajar de un lado para el otro, lo que llaman ese paseo de la muerte, a lo último se muere por cuestiones de trámites: que papelería, que le hace falta esto, que no pagó en el seguro; que no sé qué, en todo caso lo enredan, si eso es afuera ahora que me le deja aquí”. PPLE16

Ante las urgencias el panorama toma tintes dramáticos y las narraciones están plenas de ejemplos incluso donde el desenlace es fatal y donde la falta de respuesta, o la respuesta tardía son la constante. Los hechos narrados transmiten la angustia y desesperación de esos momentos: “las personas empiezan a llamar, gritan, el uno grita para que lo saquen rápido, sino gritan ahí se pueden morir la persona de un dolor, de una enfermedad”. PPLE8

“En cualquier momento uno pide médico “médico se está muriendo!” por ahí a la hora, a la media hora es que viene a aparecer para poderlo sacar”. PPLE8

“Aquí se murió uno este año en el 3, por que como a las 11 o 12 de la noche empezó a gritar ¡que le colaboraran, que le colaboraran! Y nadie le colaboró, ni la enfermera ni la guardia y ahí amaneció muerto, aquí en el patio del frente...”. PPLE2

El relato se hace para mostrar la realidad, pero también para reclamar por lo sucedido, para reclamar la atención merecida por el solo hecho de ser una persona humana, un sujeto de derechos como el derecho a la salud:

“Hubo un muchacho, no recuerdo su nombre y mientras representé el patio dos como representante de derechos humanos ante la administración lo denunciamos: se muere...“fulano necesita de atención médica”, es una persona que no tiene tranquilidad, que se sienta a llorar, grita del dolor solicita que le hagan chequeo médico a ver qué es lo que tiene...Ya cuando lo hicieron ya era tarde porque tenía un cáncer y lo mató. Ya lo tenía avanzado y no había nada que hacer. Yo pregunto hoy ¿qué haría la justicia? a quién investigaría? ¿Quiénes serían los culpables de que esta persona muriera? Es un ser humano así haya perdido su libertad porque se equivocó algún día, pero un ser humano como cualquiera por lo tanto necesita que no se le vulnere un principio fundamental que es la salud. Para poder ser feliz en la vida, para poder gozar de una buena vida, para tener una vida tranquila, saludable, sino tiene salud cómo? y lo trajeron a la cárcel y muchos así como él murieron en las cárceles, se han muerto y otros se están muriendo y nadie hace nada, se murió y ya. Ya Medicina legal dice que lo mató “tal” enfermedad y listo. ¿Dónde está la investigación para hallar a los responsables de esto? de esa persona que murió?”. PPLE15

Hay momentos donde la falta de personal es particularmente crítica, como cuando hay eventos urgentes simultáneos: “Qué día hubo una urgencia, a un señor le habían hecho una cirugía por acá en esto y se estaba ahogando y estaba allá necesitando oxígeno “no, enfermera que se vaya para el patio 2 porque hay un interno allá que está convulsionando”. Entonces “¿el de aquí o el de allá”? uno de los dos se muere”. PPLE2

El diagnóstico final es muy concluyente. De un lado las condiciones de vida no son nada buenas y del otro el sistema de salud les merece los más duros calificativos: “Aquí las condiciones de salud son muy pésimas” PPLE2; “Aquí la verdad el sistema de salud siempre ha sido malo, pésimo, incluso yo estoy en el patio tres donde está la gente de tercera edad y en los últimos tres meses han muerto dos personas por lo mismo, porque tienen órdenes de sacarlo pero no...”. PPLE2

Para ellos, en el sistema que los cobija, “una herida que es simple se complica más, una enfermedad que se atiende fácil se complica más” y les queda una certeza: que en este establecimiento o como simplifican: en “Itagüí”, “en salud, una cosa simple adquiere otro nivel por el nivel de complejidad... que por que tiene la medida de seguridad...”. PPLE14

Los sentimientos aquí expresados son de abandono que pareciera que en vez de encontrar una solución a un problema de salud, se fuera en busca de otro problema adicional, “Me siento llevado del HP. Porque yo sé que voy es para esa “terapia” y ese tormento para esperar que me atiendan”. PPLE4

El sistema enferma: “Me enferma más saber que la atención va a ser deficiente y que esto no se va a prestar de manera oportuna, que esto nos va a conllevar a que el dolor, la enfermedad que nos agobia y el desespero porque nos atiendan, más nos afecta, porque es un proceso toca hacer un derecho de petición porque el médico no viene, una consulta para un chequeo médico haber que es la enfermedad que tenemos. Aún más cuando se hacen unos exámenes médicos y requiere de un tratamiento más especializado entonces se dilata el proceso. Todos estos procedimientos se comienzan a dilatar para no hacerlos porque a la EPS de CAPRECOM le generan gastos, entonces ellos lo que hacen es dilatar para que el tiempo pase, y ahí el interno se va muriendo...cuando uno se enferma acá créame que la enfermedad puede ser curable pero el solo desespero, la sola preocupación de saber que no le van a brindar un servicio rápido, eficiente eso lo acaba de matar, eso lo acaba de empeorar”. PPLE15

Todo esto parece recordarles el encierro, parece recordarles lo duro de la pérdida de la libertad, que es pérdida de capacidad de movimiento, que es parálisis impuesta: “Muchas veces sí se da aquí adentro, porque si se da en la calle donde hay más recursos, donde si en un hospital lo van a atender usted puede tomar la decisión o voltear para otro si ocurre eso, ahora aquí que tiene que esperar uno que lo muevan. Porque uno no se puede ir, uno no puede adelantarse a la celda: allá hay uno, hay dos, hay tres o más candados que uno mismo no los puede abrir, tiene es que esperar a que lo muevan” PPLE16

A todas estas, haberse sentido enfermos y no poder solucionarlo los hace pensar que definitivamente han sido abandonados por el Estado:

“Yo soy una persona muy aliviada, me enfermé en estos días de un virus, ya medio estoy parado; póngale cuidado, una semana entera que era sino agüita y no comía nada, un dolor en los huesos, en la cabeza, una tos permanente... una cosa verraca! y uno llame y llame y nada y cuando más una pastillita por ahí y demorada, entonces a uno lo cogía por una parte el dolor de la enfermedad y por otra parte el dolor como en el alma de ver lo olvidado, lo tirado que se encuentra uno en unas cuatro paredes de estas. Imagínese que a mí me dolía más el abandono del Estado o de estar uno encerrado que el mismo dolor en los huesos, se lo digo de corazón. Ahí es donde uno dice la riqueza más grande del ser humano no es plata, no es nada de lo material. Ahí si me di cuenta que hay mucha gente que dice que la mayor riqueza es la salud, cuando estaba enfermo aquí”. PPLE13

6.5. Frente a esta problemática, las alternativas exploradas

En medio de eso, los participantes dicen que una alternativa es la resignación, porque advierten que es posible tener otras condiciones de vida dentro del establecimiento carcelario, pero para ello se deben pagar fuertes sumas de dinero, lo cual advierte sobre formas de corrupción al interior y de la existencia de clases sociales allí mismo.

“Uno aprende como a saber sobrellevar todas las cosas. Pero uno no es que mantenga bien. Pero es que yo me pongo a pensar: es que tanto tiempo yo detenido y botado por ahí en un pasillo. Lo otro es que la situación económica tampoco da para yo sacar 7 u 8 millones por una pieza” PPLE18; “para qué estar allá molestando!” o como ellos lo manifiestan “para qué va estar uno reclamando y que no lo hay, no lo hay!”; “si hay droga, pues bien, y si no hay paila”. “si le da a uno una gripa o algo así, uno mismo se suministra lo que uno pueda, si le pueden aplicar una inyección, bien, ya el resto depende de uno, remedios caseros, pero un problema de salud delicado en la cárcel..., grave”. PPLE12 Y finalmente someterse a la realidad, “Pues de todas maneras es el único recurso que hay y le toca a uno asistir, de todas maneras a ver que le dan”. PPLE16

Sin embargo al menos queda la expresión de la angustia y el desahogo: “Madrazos, les va y les viene(a los guardianes), claro les da rabia, porque son citas que ya están programadas y que las necesitan”. PPLE6

Se notan pues signos de resistencia cuando algunas personas asumen una actitud digna cuando están enfermos y frente a las dificultades no están dispuestos a “humillarse”: “Cuando me he enfermado precisamente muy pocas veces no voy porque precisamente me indigna tener que humillarme para que me den una cosa...” PPLE14. Este conjunto de expresiones muestran que existe una reflexión que hace conciencia sobre la condición de ser humano, pero también de su condición de vulnerabilidad ante situaciones que menoscaban las posibilidades para el desarrollo de la vida misma como personas.

“Con CAPRECOM ya hemos agotado todo. Es más, mire, el Doctor Jhon Jairo de la Defensoría impuso una acción de tutela donde fallaron a favor de los internos y CAPRECOM ni se enojó”. PPLE5

“Presionar, es la única forma. Esto no es un problema pequeño, esto es un elefante grandísimo. El problema de salud a nivel carcelario ¿por qué? por qué está

manejada por los políticos y los políticos son corruptos” PPLE5; “Uno tiene que luchar y exigir sus derechos hasta lo último!”. PPLE5

De la misma manera, tal como se describe en la generalidad del país, acudir al sistema judicial parece ser una alternativa altamente socorrida, en la cual, la acción de tutela es la esperanza: “...Acá un interno enfermo tiene que escribir por todos los lados y si nadie le responde y en últimas sabe ¿qué tiene que hacer? Entutelar! Es de la única que lo atienden”. PPLE18

“Hice un derecho de petición diciéndoles que si es que estamos aquí ya radicados que nos den un lugar más o menos digno para uno dormir donde no tengan que estar pasando los demás por encima; porque no es culpa de nadie sino del sistema vuelvo y digo... que está complicado, entonces hasta el momento no nos han dicho nada”. PPLE16

“Yo aquí tuve un accidente deportivo jugando micro tuve una caída y me lesioné la columna, duré más de un año rogándoles, pasándole escritos a esta gente, a la dirección, a la EPS por favor necesito cirugía; perdí la fuerza en la pierna derecha, cogí el bastón, ya estaba perdiendo la fuerza en la pierna izquierda, en el miembro izquierdo y ya iba a coger muletas entonces dije: “no, pues ¿qué está pasando? Si yo ya he pagado los exámenes particularmente, ya pagué la resonancia y me dicen que es una hernia que me tienen que hacer cirugía o si no quedo en silla de ruedas. Entonces ¿qué hice? Pasé la tutela. Pasé la tutela y la gané. La redacté y la gané, y gané mi tutela y me tuvieron que operar. Lo mismo pasó con mi rodilla, me tocó particularmente”. PPLE9

“Cuando escribo le escribo “hasta el perro y el gato”. Yo le escribo al presidente si usted la cometió téngalo por seguro que hasta el presidente se va a dar cuenta. Entonces yo hago la lista: presidente, procurador, defensoría, derechos humanos...”. PPLE5

Sin embargo, esto tampoco les brida la seguridad de la atención en salud y de su propia experiencia lo relatan: “hay veces que hay que meter hasta desacato” “porque ni cumplen con las tutelas”. PPLE6

Y como lo manifiestan, “entutelar” puede significar la solución a un problema puntual, pero no conlleva al mejoramiento del sistema y la solución de su problemática: “El problema no es que le resuelvan a uno el problema, el problema es que se mejore y si el otro tiene seguir entutelando entonces no se ha mejorado nada, hicieron el pañito de agua tibia ahí con ese para evitar el procedimiento de la tutela que avance porque ya es un procedimiento penal entonces ellos lo evitan, ¿cómo? Cumpliéndole a esa persona. Pero sigue el otro con el mismo problema, y sigue otra tutela”. PPLE11

Y aunque significara en un momento dado la solución a un problema, las acciones de tutela develan las violaciones a los derechos en el sistema, En cuanto a este tema de las tutelas también consideran que utilizar un mecanismo como este “muestra la bajeza, lo miserables que son los dirigentes en este país con la gente desprotegida; ¡la salud es un derecho!”. PPLE14

“...Hablamos y hablamos, denunciemos y denunciemos y todo son pañitos de agua tibia, vamos a trabajar, vamos a hacer ¿pero qué es lo que se hace? Pero sabe porque no tiene éxito lo que una persona empieza, por ejemplo en un caso como este de denunciar la violación del derecho a la salud en las cárceles del país? no tiene éxito porque son los jueces de ejecución de penas que son los que tienen que velar por que estos no se vulneren en las cárceles. Ellos si ofician al Consejo Superior de la Judicatura al Ministerio de justicia etc, a las entidades que son capaz de ejercer un control. Pero es que les contestan que ya están trabajando y ahí se quedó. Ahí se quedó. No tenemos una respuesta efectiva porque simplemente no se le hace seguimiento al propósito que se quiere que es conseguir que esto cambie no se le hace un seguimiento porque a lo mejor todos se lucran, todos se benefician, mientras que nosotros vivimos en unas condiciones lamentables acá”. PPLE15

No obstante, hay persistencia y no solo se lucha por la atención en salud y por el derecho a ella, también desde otras perspectivas se lucha por los derechos en sentido más amplio como garantía de una vida más digna a pesar del encierro mismo: “Hemos luchado por eso, y hemos ido ganado espacio; salimos a la cancha a caminar, a trotar a hacer ejercicio; pero aquí no se veía eso. Eso luchando, nosotros peleando. Todos los días a las 6:00 de la mañana abren la cancha para el que quiera salir lo haga”. PPLE5

Finalmente, la huelga resulta ser otra alternativa con la cual se atrae la atención no solo de los funcionarios del establecimiento sino también de los organismos de control a quienes consideran ellos de debe llegar para que se enteren de la situación.

“...Mientras llego al último control: Huelga de hambre de un interno porque el área de sanidad no le está cumpliendo en nada... y gritaba desde una pequeña y oscura celda asomando su cara por una pequeña ventana:

“Me coso la boca y me corto las manos! yo soy paciente psiquiátrico! CAPRECOM no tiene nada! No tengo necesidad de pelear con ustedes, ustedes me pueden palear y meter al patio (gritaba a la guardia) pero me están vulnerando los derechos... ¡La huelga de hambre es una manera pacífica de reclamar!” DC311014

Ante esto, muchas veces la familia es un recurso al que se acude para hacer trámites ante la EPS responsable o incluso para la compra de medicamentos a los que habitualmente no acceden en el establecimiento: “Para mitigar estas enfermedades que nos agobiaban cuando hemos estado enfermos pues decirle al médico que al menos nos dé una fórmula para mandar a comprar los medicamentos ya que ninguno me los suministran. Decirle a algún familiar, decirle a algún amigo si me los puede regalar o si nosotros tenemos la forma económica pues los mandamos comprar”. PPLE15

“Nos toca mandar a comprar el Ibuprofeno, el acetaminofén, una inyección; buscar que nuestros familiares nos puedan hacer ese tipo de diligencias allá afuera ya que CAPRECOM no cumple con la función establecida en la ley... “; “Por lo general siempre me ha tocado mandar a traerme mi propia droga”. PPLE15

Pero las urgencias han hecho movilizar a los propios internos acudiendo en ayuda a un compañero, moviendo sentimientos de solidaridad:

“Anteanoche se enfermó un interno, un interno a las 4 de la mañana, tocó llamar, 3:30 – 4:00 se le durmió el cuerpo y los mismos internos fueron los que lo atendieron en ese instante para que el pelao dejara el dolor que tenía, hasta que vino el guardián, de ahí a enfermería. Siempre por lo general el que presta primeros auxilios es el interno que está al lado el que tiene conocimiento de enfermería igual nosotros hacíamos parte de un conflicto y en el conflicto cada grupo tenía su enfermero, entonces todo eso toca ponerlo en práctica”. PPLE5

Este recurso es incluso en la práctica reconocido por los mismos funcionarios quienes acuden para lograr el servicio requerido, “... A mí me ha tocado, a mí... los mismos guardianes me han dicho... ombe xxx ¡colabórenos, colabórenos que la enfermera no quiere subir, o el médico no quiere subir!”. PPLE9

Un mecanismo creado por ellos mismos en el establecimiento para defender sus derechos, es el comité de derechos humanos el cual parece ser por ahora una alternativa encontrada, en particular para velar por una mejor alimentación y porque se intervengan diferentes aspectos de esta problemática.

Ellos consideran entonces que a partir de la creación de este comité las cosas de alguna forma han mejorado, “Hace poco pues que se montó el comité de derechos humanos, un comité fuerte, hemos velado por que las cosas se den por estar pendientes de la minuta, por estar pendiente de los contratos de que si se está dando lo estipulado”. PPLE1

A pesar de todo y en contraste, hay voces que afirman que es diferente vivir en La Paz. Luego de expresar o desahogarse de todas las situaciones se reconoce que con todas las dificultades que se pueda vivir en La Paz, vivir en esta es “más humano”. Cosas, como el permitir que se les lleve comida de la casa los hace sentirse de alguna manera feliz. “Acá dignamente es más accesible, más moral, más alegría, le traen comida de la casa”. PPLE3

El tener un televisor e incluso un radio hacen menos difícil la estancia allí: “Usted puede ver televisión, puede tener un radiecito que es una ayuda muy grande, tener un radiecito y un televisorcito ayuda mucho a... como dicen los presos: “es que tener televisor es medio canazo”. PPLE3

También sienten que es un privilegio estar en La Paz pues le atribuyen gran importancia al poder compartir con la familia: “El interno aquí, se siente un poquito más valorado, la persona aquí le da más alegría con su familia, este sitio, en este momento a como están las situaciones en las cárceles, es un privilegio”. PPLE3

“Aquí, la persona se siente un poquito como más alegre, no siente tanto la presión de la cárcel, porque si esta estresado se y ve televisión o sale a llamar a la mamá, entonces con eso usted va soportando el encierro” PPLE3

Se vuelve también un lugar que a pesar de que existen grupos de diferentes corrientes hay convivencia y respeto entre ellos. “Es una parte donde hay convivencia en común. A sabiendas de que aquí hay justicia y Paz, aquí hay de los Urabeños, de la oficina de Envigado, del combo de Pacheli, aquí hay de todo, aquí hay guerrilla aquí hay de todo! En esa parte si se le hace apología a la paz, aquí todo el mundo vive, aquí no hay problema”. PPLE5

Finalmente, se entiende que el haber experimentado la vida en otras cárceles les hace valorar la que llevan actualmente y “soportar cosas” como ellos lo manifiestan.

“Aquí en esta cárcel puede entrar comida los fines de semana, pueden entrar libros, aquí creo que la gente quiere estar aquí en esta cárcel; una visita aquí... por ejemplo

una compañera, la esposa, la novia, la mamá; para ir de aquí a Valledupar son 16 horas incluso San Isidro. Entonces yo pienso que hay que soportar cosas...Y la relación aquí entre interno y guardia es respetuosa de lado y lado hay una armonía”.

PPLE14

“Uno ya que ha estado en otras partes, que ha estado en Valledupar, en Acacias, allá la comida es muy mala comparada con esta”. PPLE14

Y finalmente terminan por decir que se encuentran Bien, porque de una u otra forma en La Paz hay “mucha tranquilidad, buena convivencia”. PPLE18

7 Discusión

La comprensión del derecho a la salud en un establecimiento penitenciario a partir de un estudio de caso con enfoque cualitativo y apoyado en técnicas etnográficas como herramienta para tener una visión de las experiencias y los significados, fue el propósito de este estudio asumido como un reto tanto para la investigadora como para el programa de estudios en el marco del cual este se realizó como para la salud pública.

Reto igualmente teniendo en cuenta el contexto general del sistema de seguridad social en salud en el cual la debilidad en la realización del derecho a la salud ha sido la noticia más prevalente desde sus orígenes y reto más fuerte aun teniendo en cuenta el contexto particular en el cual se realiza este estudio teniendo en cuenta el grupo poblacional y el carácter de la institución en la cual se encuentran confinados.

Este grupo de personas que día a día se enfrentan a diversidad de situaciones que permiten o no la realización de este derecho nos aportan toda su reflexividad permitiéndonos comprender allí tres dimensiones del derecho a la salud: derecho a la salud como atención sanitaria o acceso a los servicios de salud; el derecho a la salud en un marco de derechos humanos y como derecho humano fundamental y finalmente derecho mediado por una serie de procesos sociales que determinan o que permiten la materialización del mismo.

La más mínima posibilidad de hablar del derecho a la salud en la población privada de la libertad, no existe sin tener en cuenta las condiciones de vida en las cuales les toca vivir. Condiciones de vida que más claramente que afuera, son condiciones absolutamente impuestas y que al igual que cualquier otra esfera de la vida humana, atraviesan las conceptualizaciones, los sentimientos que se originan, las reacciones y la vivencia misma de eso que llamamos derecho a la salud.

Hablar de estas personas y de esa condición, nos recuerda las palabras de Cabrera (19) según las cuales, “la cárcel es el lugar donde se quintaesencia la exclusión social”. Donde uno puede encontrar todas las características que identifican a la exclusión, asociadas a las personas que la padecen con absoluta claridad.

“Es que no somos animales!”, “un perro vive mejor que yo”, suenan como gritos desesperados que denuncian la pérdida de la dignidad, la pérdida de la condición de persona humana. “Hasta 10 personas durmiendo en un baño”, “nos traen muchas veces la comida pasada”, “convivir en un patio donde las aguas negras circulan a cielo abierto”, “vivir 11 personas en celdas construidas para cuatro”, son testimonios que permiten hacer un cuadro de las condiciones y formas de vida que se suceden al interior de este establecimiento y que son determinantes a la hora de hablar del derecho a la salud y de entender lo que las personas privadas de la libertad relatan de sus sentimientos, de sus significados y de sus experiencias en torno de este, que ha sido el objeto de estudio de este trabajo.

“De entre todos los espacios segregados (manicomio, hospicio, hospital, etc), la cárcel es sin duda el lugar privilegiado en el que la exclusión social se quintaesencia y condensa hasta sus últimas consecuencias. Por su misma naturaleza, el encarcelamiento consiste en una exclusión” (19).

Y se quintaesencia, porque como lo sigue diciendo este mismo autor, se excluye hasta sus límites más extremos como tratamiento social al que ya ha sido excluido, al marginado, al que ha vivido la exclusión social también afuera, en su barrio, porque como se ha mostrado en este trabajo, el perfil de las personal que finalmente llegan a estos establecimientos muestran esa realidad de exclusión social en nuestras sociedades.

Como lo dice Fleury (18), la exclusión social es la negación de la ciudadanía, es decir la negación de gozar de los derechos de ciudadanía, de los derechos que la sociedad ha declarado para todos sus integrantes. Como lo dicen los sujetos

participantes de este estudio, “el derecho a la salud aquí es nada”, “se pierde junto con la libertad!”, “Aquí se le violan los derechos al interno”.

No obstante y a pesar del sentimiento de abandono de parte de la sociedad, las voces y las acciones se levantan también para reclamar su condición de personas, para reivindicar la dignidad humana y a partir de allí su condición de sujetos de derechos. Lo cual coincide con lo muchas veces expresado en el sentido que los derechos parten de una determinada concepción de la dignidad humana (7) y en particular el derecho a la salud como lo ha expresado la Corte Constitucional de Colombia, el derecho a la salud que existe en conexidad con el derecho a la vida, no es meramente a la existencia biológica sino que es derecho a la vida digna, es decir “a las posibilidad que asiste a todas personas a desarrollar dignamente todas las facultades inherentes al ser humano” (121).

Plantear una visión de derechos humanos para reivindicar la salud y la vida, es importante en salud pública por que como lo afirman Franco et al (122), en el sentido que el campo de los derechos humanos se convierte en un mecanismo efectivo que permite medir el cumplimiento de otros derechos y sus determinantes. De una parte, “Los derechos humanos son instrumentos que promueven la satisfacción de necesidades mínimas para el desarrollo, el respeto a la integridad física y psicológica, la libertad de expresión y no discriminación, entre otros” y de otra, “El concepto de derechos humanos es universal e incluyente, y reivindica la integralidad, la interdependencia, la colectividad y la equidad”, valores todos estos que concuerdan con la visión de la salud y la vida que identifican a la salud pública.

Coincidiendo con lo planteado por autores como Echeverri (10), para las PPL el derecho a la atención sanitaria se constituye en un componente muy importante del derecho a la salud y probablemente su dimensión más visible. Como lo manifiesta esta autora, “El acceso a los servicios de salud es el componente del derecho a la salud más tangible y valorado por la población, porque aun cuando la legislación internacional el contenido del derecho a la salud abarca otros componentes

asociados a la calidad de vida, más allá de la atención asistencial, dicho derecho está ligado con la resolución concreta de una necesidad cuando se requiera”.

Ese sentido toman las expresiones captadas en este estudio y presentadas en los hallazgos que significan el derecho a la salud como el “derecho a recibir la atención en el momento que lo necesite”, “el derecho a la salud es tener una asistencia adecuada y a tiempo”. Tal como lo decía Álvarez (123), “Por derecho a la salud se entiende el acceso a los servicios de promoción de la salud, de prevención y curación de enfermedades y de rehabilitación en los casos de deterioro de la salud...”. Como lo reflexionan los participantes de este estudio, comienza desde la acogida que el sistema y el servicio demuestran hacia quien lo requiere, se refleja en ser escuchados en la queja del paciente, se materializa en la disponibilidad de los recursos cuando cada quien los necesita, se evidencia en la articulación no solo entre prestadores de servicios, sino con la EPS que los “asegura” y con la institución donde se encuentra, con la respuesta de los recursos de transporte y del personal de seguridad listo para acompañar a los pacientes y es particularmente importante ante el dolor y las urgencias.

Se recuerda aquí, lo planteado por el Pacto Internacional por los Derechos económicos, sociales y culturales (PIDESC)(9) y la Observación General 14 que define lo que denominó el Contenido Mínimo Esencial del Derecho a la salud como: “se refiere al acceso universal a bienes y servicios de salud, a medicamentos esenciales, a asistencia médica y sanitaria preventiva y curativa, a un plan nacional de salud pública, a la provisión de seguro y de servicios de salud para quienes carecen de recursos; además, a la educación e información en salud y a la cooperación internacional”.

Sin embargo las situaciones vividas y contadas aquí que hablan de la imposibilidad de enfermarse durante varios días de cada semana porque no hay personal médico, la no entrega de medicamentos a los pacientes, las citas que se pierden por falta de respuesta oportuna del personal de funcionarios del INPEC, las acciones de tutela

que aunque falladas en su favor, no son capaces de desencadenar la prestación de servicios y los casos de muertes en los patios suplicando una atención que nunca llegó, demuestran enormes fallas para que este derecho sea una realidad para las PPL.

Todo esto pasa en una época en la cual organismos como la OPS (62) y la ONU (29) han ratificado que el derecho a la salud no se pierde por el hecho de estar privado de la libertad y “se insta a toda sociedad al respeto por el derecho a la salud de estas personas y a los Estados a garantizar y promover las condiciones adecuadas para el mismo, es decir, la relación médico-paciente, información y educación en salud y atención integral en los servicios del cuidado y protección de la salud...”.

No escapa pues este establecimiento a la situación general del país, retratada por la Defensoría del pueblo quien encontró que en Colombia “en 2010 Solamente un 15% de los establecimientos carcelarios tenían la aprobación de garantía de calidad para prestar servicios de salud en sus áreas de sanidad; el 30% de los establecimientos del país no tienen un plan especial para la atención oportuna y según los protocolos de seguridad que exige el INPEC; que el proceso de asignación de citas es dispendioso; que en el 44% de los establecimientos no hay un protocolo mínimo para agilizar el ingreso a ellos de los profesionales de la salud ni de sus equipos; en el 37% de las cárceles a los internos no se les provee oportunamente los medicamentos recetados y en el 67% no se asigna oportunamente las citas médicas con especialistas; en solo el 71% de las cárceles hay servicio médico, solo el 57% cuenta servicio odontológico y solo el 41% tienen servicio de farmacia” (31).

Pero como se dijo, el derecho a la atención sanitaria desde la perspectiva de los sujetos de este trabajo, es solo un componente del derecho a la salud. Ellos reconocen que este derecho abarca también el derecho a las condiciones de vida que permiten que la salud y la vida sean posibles en su más amplia dimensión.

Tal cual como lo menciona el mismo PIDESC, este derecho, que se convierte en obligación de los Estados, también comprende los “factores determinantes básicos para la salud” los cuales son una alimentación esencial mínima y nutritiva, la vivienda, las condiciones sanitarias básicas, el suministro de agua potable y unas condiciones de trabajo seguras.

En este sentido se resaltan los planteamientos según los cuales, “Tener derecho a la salud es tener derecho a tener una buena alimentación, a una buena habitación, a un buen trabajo, a tener ratos de esparcimiento, a la recreación...” e incluso a un elemento que aunque en la vida normal pareciera trivial mencionarlo, en el ámbito de una establecimientos carcelario y penitenciario como este donde tiene efecto este estudio, cobre verdadero significado: “... es derecho a tomar el sol”. Entre estos, llama la atención la importancia dada por esta población al mantenimiento de las relaciones familiares e incluso de amistad como un factor clave de la salud y de este derecho, lo cual se encuentra fuertemente reconocido en los tratados sobre los determinantes sociales de la salud, donde han sido llamados las redes sociales de apoyo que aquí actúan incluso sustitutos del Estado en la consecución de diferentes elementos necesarios en la atención sanitaria que el sistema no les provee.

Aquí nuevamente contrastan aquellas recomendaciones y estas conceptualizaciones con la realidad ya narrada de hacinamiento, de las condiciones del lugar de habitación, de la alimentación, con la precariedad de las condiciones higiénicas del lugar y con el aislamiento de la familia y en general de las llamadas redes de apoyo social.

Más aún, de manera más estructural, identifican como raíz de todo lo que sucede en el país y por supuesto en las cárceles con el derecho a la salud, a un sistema de salud para quien la salud más que un derecho e incluso más que un servicio es una mercancía que se transa como cualquier otro bien, en el mercado y aún más, identifican a un modelo de sociedad y de desarrollo que desprecia la vida humana,

que segrega y para quien lo más importante es la protección del capital, convirtiendo todo en bienes de intercambio y cuyo propósito es la obtención de ganancias a costas de las necesidades y del bienestar de la mayoría de población. Coincidiendo en estos planteamientos con planteamientos surgidos de la corriente de medicina social latinoamericana (18) cuya premisa radica en la crítica a los modelos de desarrollo y la reproducción de inequidades dada la mercantilización de este.

Un tercer elemento a resaltar aquí es la identificación del derecho a la salud como un derecho Constitucional y legal en nuestro país, en virtud del cual pueden reclamar mejores condiciones en su favor. Derecho que al igual que lo dijo la Corte Constitucional tantas veces, es un derecho fundamental por su conexidad con el derecho a la vida. Así mismo lo reconocen: “La salud va relacionada con la vida y el derecho a la vida es un derecho universal”; “es un derecho constitucional”. “Es un derecho que debemos tener todos los colombianos donde estemos”. Derecho que se reclama y cuya obligación recae en el Estado, mucho más en la condición de “indefensión” en la que dicen encontrarse y sentirse en las actuales condiciones: “Es un derecho que el estado nos debe garantizar... por que al estar aquí, estamos en sus manos”.

No podría finalizarse esta discusión sin resaltar elementos que a pesar de todas estas circunstancias son esperanzadores como el surgimiento entre los internos de hechos y lasos de solidaridad alrededor de los casos más críticos vividos entre ellos, lo mismo que la preocupación y participación ejercida enfrentado diferentes elementos que identifican como peligrosos para la salud de todos los que allí habitan e incluso jugando papeles de liderazgo en ese sentido. De la misma manera, merecen ser rescatados signos de resistencia a la situación negándose a acogerse a las limitaciones y agresiones del medio. El desarrollo de mecanismos de protesta que muestran que aún a pesar de las circunstancias que han rodeado toda su vida, aún pueden las personas resurgir y hacer valer su condición de personas humanas y el recurso utilizado de las acciones de tutela, que han logrado visibilizar el problema y que han podido motivar a que desde afuera se vea y se interrogue por

lo que allí pasa y tal vez motivado a personas e instituciones hacia la búsqueda de soluciones a esta problemática.

8 Conclusiones

- Este estudio confirma las condiciones de exclusión social en un grado muy importante de las PPL demostrada por condiciones de vida infrahumanas, la falta de consideración como personas en procesos como el ingreso al establecimiento y la alimentación entre otros.
- Estas condiciones son atentatorias contra el Derecho a la Salud en su acepción más amplia.
- A pesar que se revelan condiciones de exclusión social a lo largo de la vida, más allá de la cárcel, esta población puede expresar claros conceptos sobre la salud más allá de la ausencia de la enfermedad y en términos positivos, lo que ha sido un reclamo desde el sector académico de la salud pública; reconocen que el proceso salud enfermedad está determinado por elementos de tipo biológico, de los hábitos de vida, de las condiciones de vida pero incluso son capaces de reconocer los procesos sociales reproductores de las condiciones sociales de exclusión social y de marginación; expresan su convencimiento del derecho a la salud más allá del derecho a la atención sanitaria, reconocen el derecho a la salud como derecho constitucional y fundamental en el país y la responsabilidad del estado en su garantía.
- Reconocer el derecho a la salud desde la perspectiva del ordenamiento jurídico del país, les permite a estas personas asumirse como seres humanos a los que les asiste ese derecho y que pueden tener diferentes mecanismos de exigibilidad, desde la protesta directa hasta acciones jurídicas como las acciones de tutela, lo que se constituye en un hecho esperanzador, desde el punto de vista de la cualificación de la población como condición para el logro de mejores realidades en las que todos seamos sujetos de derechos y estos efectivamente se respeten como una condición de la ciudadanía que nos hace pertenecientes a una sociedad. Tan esperanzador como los lasos de

solidaridad que surgen allí, a pesar de la dureza y lo agresivo de la realidad que les toca vivir.

- No existen condiciones adecuadas para la atención en salud como componente del derecho a la salud.
- Las condiciones de vida de la cárcel y los procesos que allí se viven demuestran una gran violación al derecho a la salud tanto en su sentido más amplio como en su componente del derecho a la atención en salud dado por las condiciones internas como por la dinámica y los problemas del SGSSS.

9 Recomendaciones

- Se debe continuar con el desarrollo de investigaciones desde las diferentes disciplinas que permita el conocimiento de las dificultades que se presentan en los establecimientos penitenciarios.
- Es importante iniciar procesos de articulación entre los sistemas penitenciario, de salud y justicia que permita un dialogo consensuado entre estos en aras de proteger el derecho a la salud de las PPL.
- Es valioso la incorporación activa de la academia en los procesos que involucran este tipo de poblaciones dado que desde esta se pueden elaborar reflexiones que permitan avanzar
- acerca de nuestro papel como academia y abrimos a escucharlos representará el avance más significativo de esta y otras experiencias investigativas.

10 Agradecimientos

Con profunda gratitud a quienes hicieron parte de esta aventura...

A las PPL quienes depositaron su confianza en mí y se atrevieron a compartir sus experiencias, su mundo, su todo; sin sus valiosas historias la elaboración de este trabajo no hubiesen sido posible.

A la Regional Noroeste del INPEC

Al director del establecimiento Penitenciario y Carcelario La Paz de Itagüí y a los dragoneantes Wilson Ríos, Ariel Barreto, Alejandro Zapata y la coordinadora de Justicia y Paz Dra Yafadit Blanco por considerar importante una iniciativa de estas.

Con todo mi amor y gratitud a mi esposo por su comprensión y apoyo incondicional en la fase final de este proceso; a mi pequeña hija por llegar en el momento preciso.

A mis padres, hermano y sobrina por su entusiasmo y por siempre animarme a pesar de la adversidad

A mis amigos y compañeros de maestría Gloria Gallego, Laura Almeida y Andrés Zapata quienes han participado directa o indirectamente en este proceso.

Infinitas gracias, a la línea de investigación cultura y salud especialmente a los profesores Álvaro Giraldo y Constanza Forero pues con su apoyo se logró capacitar a grupos de PPL en primeros auxilios

A la Facultad de enfermería de la Universidad por su apoyo en el curso de primeros auxilios.

Al profesor Juan David Posada coordinador del grupo de derecho penitenciario por sus orientaciones a nivel legal en este trabajo

Al Grupo de investigación de Gestión y políticas por el apoyo económico

Finalmente, agradezco a mi asesor profesor Román Restrepo pues en un camino lleno de vicisitudes encuentros y desencuentros me enseñó el valor de la investigación en salud pública. Más allá de un mero proceso investigativo el conocimiento es un gran tesoro que tenemos en nuestras manos para compartirlo con aquellos que requieren de nuestra presencia para dar fuerza a su voz por ello este debe ser honesto a conciencia y respetuoso de aquel que nos confía su historia.

11 Referencias

1. Laurell A. La salud de derecho social a mercancía. [internet]. [Consultado 2014 sep 23]. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/27012575/laurell-saludymercancia>
2. Quintero D. La salud como derecho: estudio comparado sobre grupos vulnerables. Bogotá: Siglo de hombres editores, Universidad ICESI, Red Alas; 2011.
3. Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? Rev Panam Salud Pública. 2002; 11(5-6): 302-10.
4. Stokilner A. Derechos humanos y derecho a la salud en América Latina: la doble faz de una idea potente. Medicina Social. 2010; 5 (1); 89-95.
5. Borrero YE. Derecho a la salud, justicia sanitaria y globalización: un debate pendiente. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2011; 29(3): 299-307.
6. Gaviria C. El Derecho a la Salud en Colombia. En: Facultad Nacional de Salud Pública. Pensamiento en Salud Pública: el derecho a la salud. Recopilación de exposiciones en el seminario permanente "Pensamiento en Salud Pública". Publicación de la Facultad Nacional de Salud Pública "Héctor Abad Gómez", Medellín: Luz Stella Álvarez Castaño editora, Universidad de Antioquia; 2001. p. 97.
7. Castro E, Restrepo O, García L. Historia, concepto y estructura de los derechos económicos, sociales y culturales. Rev Estud. Socio-Juríd 2007; 9: 77-108.
8. Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Resolución 2200 A (XXI) 1966, diciembre 16, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. New York: ONU; 1966.
9. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observaciones generales aprobadas por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y

Culturales: Observación N° 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud [internet]. 2014 [Consultado 2014 may 16]. Disponible en:

http://conf-dts1.unog.ch/1%20SPA/Tradutek/Derechos_hum_Base/CESCR/00_1_obs_grales_Cte%20Dchos%20Ec%20Soc%20Cult.html#GEN14

10. Echeverri ME. Derecho a la salud, Estado y globalización. Rev Fac Nac Salud Pública. 2006; 24 (número especial): 81-96.

11. Colombia. Asamblea Nacional Constituyente de la República de Colombia. Constitución Política de Colombia de 1991, julio 4, por el cual se proclama la Constitución Política de Colombia. Bogotá: La Asamblea 1991.

12. Colombia. Corte Constitucional. Sentencia T 760, /2008: Revisión de 22 acciones de tutela originadas por situaciones que vulneran el derecho constitucional a la salud en Colombia. Bogotá: La Corte; 2008.

13. Colombia. Congreso de la República de Colombia. ley estatutaria 1751, febrero 16, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: el congreso 2015.

14. Echeverri ME. Reforma a la salud y reconfiguración de la trayectoria de acceso a los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios en Medellín, Colombia. Rev. Gerenc. Polit. Salud. 2011; 10 (20): 97-109.

15. Organización Mundial de la Salud – OMS-. Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) (2008). “Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud”. Informe Final de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, OMS. [internet]. 2014 [Consultado 2014 may 16]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44084/1/9789243563701_spa.pdf

16. Breilh J. Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de la salud. [internet]. 2014 [Consultado 2014

may 16]. Disponible en: <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SeminarioBreilh03.pdf>

17. Granda E. “¿A qué cosa llamamos salud colectiva, hoy?” Rev Cubana Salud Pública [internet]. 2004;30(2) [Consultado 2014 mayo 16]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_2_04/spu09204.htm

18. Fleury S. Política social, exclusión y equidad en América Latina en los 90. Nueva Sociedad 1998; 156.

19. Cabrera P. Cárcel y exclusión. Revista del ministerio de trabajo y asuntos sociales. 2002; 35: 83-120.

20. UNESCO, Instituto Internacional para la educación superior en américa latina y el caribe –IESALC-. Educación superior en las cárceles colombianas. [internet]. 2012 [Consultado 2012 abr 16]. Disponible en: https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CCgQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.iesalc.unesco.org.ve%2Findex.php%3Foption%3Dcom_fabrik%26task%3Dplugin.pluginAjax%26plugin%3Dfileupload%26method%3Dajax_download%26element_id%3D22%26formid%3D2%26rowid%3D15%26repeatcount%3D0&ei=gfLrUuCOKsTnkAeYmID4CQ&usq=AFQjCNFPopznGl2d3iGbEMmkRJmmDZmqQ&bvm=bv.60444564,d.eW0

21. Oviedo E, March J, Ramos M, Ballesta R, Prieto M. Perceived Health and Use of Health Care Services in Inmates of an Andalusian Prison, 1999. Rev. Esp. Salud Pública. [internet]. 2005; 79(1): 35-46 [Consultado 2009 mar 24]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113557272005000100004&lng=en&nrm=iso.

22. Bellver V. Ética, salud y atención sanitaria en las prisiones. Rev Esp SanidPenit. 2006; 9: 7-9.

23. Condon L, Hek G, Harris F, Powell J, Kemple T, Price S. Users' views of prison health services: a qualitative study. J AdvNurs. 2007; 58 (3): 216-26.

24. Condon L, Gill H, Harris F. A review of prison health and its implications for primary care nursing in England and Wales: the research evidence. *J Clin Nurs* 2007; 16 (7): 1201-9.
25. Posada A, Díaz-Tremarias M. Las cárceles y población reclusa en Venezuela. *Rev Esp Sanid Penit* 2008; 10: 22-27.
26. Willmott Y. Prison nursing: the tension between custody and care. *Br J Nurs*. 1997; 9(6): 333-6.
27. Serrano M. Derecho a la salud de los internos en centros penitenciarios y sanidad Penitenciaria. *Revista de Derecho UNED*. 2010; 6.
28. Azaola E, Bergman M. De mal en peor: las condiciones de vida en las cárceles mexicanas. Nueva Sociedad. 2007; 208: 118-127.
29. Organización de las Naciones Unidas/ONU. Centros de Reclusión en Colombia: un Estado de cosas inconstitucional y de flagrante violación de derechos humanos. [internet]. 2001 [Consultado 2008 jun 27]. Disponible en: <http://www.hchr.org.co/documentoseinformes/informes/tematicos/informe%20carrceles.htm>
30. Colombia. Defensoría del Pueblo. Análisis sobre el actual hacinamiento carcelario y penitenciario en Colombia. [internet]. 2003 [Consultado 2012 ago 16]. Disponible en: http://www.defensoria.org.co/red/anexos/pdf/02/informe_97.pdf
31. Colombia. Defensoría del pueblo de Colombia. Informe sobre ejecución del Decreto 1141 de 2009 sistema de seguridad social en salud en centros penitenciarios y carcelarios 2010. [internet] 2014 [Consultado 2014 abr 5]. Disponible en: <http://www.defensoria.gov.co/attachment/72/Informe%20sobre%20ejecuci%C3%B3n%20decreto%201141%20de%202009.pdf>.

32. Colombia. Corte Constitucional. Sentencia T 153/1998: Estado de cosas inconstitucional en establecimiento carcelario-hacinamiento. Bogotá: La Corte; 1998.
33. Colombia. Defensoría del pueblo de Colombia. Décimo noveno informe del defensor del pueblo al congreso de la república. [internet] 2016 [Consultado 2016 jul 10]. Disponible en:
http://www.defensoria.gov.co/public/pdf/02/19_informe_congreso_1.pdf
34. Colombia. Corte Constitucional. Sentencia T 388/2013: Estado de cosas inconstitucional del sistema carcelario-declarado en sentencia T-153/98 no es igual al que atraviesa actualmente. Bogotá: La Corte; 2013.
35. Colombia. Corte Constitucional. Sentencia T 762/2015: Estado de cosas inconstitucional en el sistema penitenciario y carcelario. Bogotá: La Corte; 2013.
36. Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario –INPEC-. Emergencia carcelaria. [internet] 2016 [Consultado 2016 jul 18]. Disponible en:
http://www.inpec.gov.co/portal/page/portal/Inpec/Otros/Emergencia_carcelaria
37. Paredes N. Derecho a la salud su situación en Colombia. Bogotá: Ediciones Antropos Ltda; Centro de Investigación y Educación Popular; 2003
38. Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Alma Ata. [internet]. 2003 [Consultado 2014 may 16]. Disponible en:
http://www1.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm
39. Organización de las Naciones Unidas. Resolución de la Asamblea General 217 A (iii) 1948, diciembre 10, Declaración Universal de Derechos Humanos. New York: ONU; 1948.
40. Vargas Lorenzo I, Vázquez Navarrete M, Mogollón Pérez A. Acceso a la atención en salud en Colombia Rev. Salud Pública. 12 (5): 701-712, 2010

41. Donabedian A. Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care. Boston: Harvard University Press; 1973. Citado por Frenk J. El concepto y la medición de accesibilidad. Washington: OPS; 1992; (Publicación Científica y Técnica; 534):929-943
42. Frenk J. El concepto y la medición de la accesibilidad. Salud Pública Mex 1985; 27: 438-53.
43. Garza M. Et-al. Accesibilidad geográfica para detección temprana de enfermedades crónico-degenerativas. Rev Méd Chile 2008; 136: 1574-1581.
44. Universidad de Antioquia. Grupo de Economía de la Salud -GES- Facultad Ciencias Económicas, Observatorio de la seguridad social No 3 de 2001. p. 4.
45. Organización Mundial de la Salud –OMS-. “La salud para todos en el año 2000”. Ginebra 1076.
46. Organización Mundial de la Salud/OMS. Carta de Ottawa sobre promoción de la salud. Ottawa- Canadá; 1986.
47. Laurell A. La Salud-Enfermedad como proceso social, en: Cuadernos Médico Sociales N° 19 - enero de 1982.
48. Breilh, J. La Determinación Social de la Salud como herramienta de transformación hacia una nueva Salud Pública (salud colectiva). Rev Fac Nac Salud Pública 2013; 31(suplemento 1): 13-27.
49. Spinelli H. en: taller latinoamericano de determinantes sociales de la salud. Documento para la discusión Asociación Latinoamericana de medicina social. p. 50-59.
50. Mackenbach J. Health Inequalities: Europe en Profile. (D. P. Orderline, Ed.) Rotterdam., The Netherlands: E.U. An independent expert report commissioned by UK Presidency of the EU. 2006.

51. Baum F, Harris L. Equity and the social determinants of health. Health promotion journal of Australia 2006; 17 (3): 163-164.
52. Lalonde, M. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa, Canada, 1974.
53. Álvarez A, García A, Bonet M. Pautas conceptuales y metodológicas para explicar los determinantes de los niveles de salud. Rev Cubana Salud Pública 2007; 33(2).
54. Vega J, Solar O, Irwin A. Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción. [internet]. 2014 [Consultado 2014 may 16]. Disponible en: http://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/3225/mod_resource/content/0/Curso_DSS_11/equidad_DSS_conceptos_basicos.pdf
55. Berlinguer G. Determinantes sociales de las enfermedades. Rev Cubana Salud Pública 2007; 33(1).
56. Serrano D. Derecho a la salud de los internos en centros penitenciarios y sanidad penitenciaria. Revista de Derecho UNED 2010; (6).
57. Asamblea General de la ONU. Resolución 43/173 de 1988, diciembre 9, Por la cual se adoptan el Conjunto de Principios para la Protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de Detención o Prisión. Ginebra: la Asamblea; 1988.
58. Asamblea General de la ONU. Resolución 45/111 de 1990, diciembre 14, Por la cual se adoptan los Principios Básicos para el Tratamiento de los Reclusos. Ginebra: la Asamblea; 1990.
59. Asamblea General de la ONU. Resolución 37/194 de 1982, diciembre 18, Por la cual se aprobó los Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes. Ginebra: la Asamblea; 1982.

60. Asociación Médica Mundial. Declaración de Edimburgo de 2000, octubre 25, sobre las condiciones carcelarias y la propagación de la tuberculosis y de otras enfermedades contagiosas. [internet] [Consultado 2009 abr 7]. Disponible en: [http:// www.wma.net/s/policy/p28.htm](http://www.wma.net/s/policy/p28.htm)
61. World Health Organization - Europa. Health in prisons:A WHO guide to the essentials in prison health. Copenhagen: Regional Office for Europe WorldHealthOrganization; 2007. p. 178.
62. Organización Panamericana de la Salud. Cárceles saludables: Promoviendo la salud para todos. Buenos Aires: OPS; 2003.
63. Colombia. Congreso de la República de Colombia. Ley 65 de 1993, agosto 20, por la cual se expide el Código Penitenciario y Carcelario. Bogotá: El Congreso 1993.
64. Consejo Directivo del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario / INPEC. Acuerdo 0011 de 1995, octubre 31, por el cual se expide el Reglamento General al cual se sujetaran los reglamentos internos de los Establecimientos Penitenciarios y Carcelarios. Bogotá: el Consejo; 1995.
65. Colombia. Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993, diciembre 23, por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Congreso 1993.
66. Colombia. Congreso de la República de Colombia. Ley 1122 de 2007, enero 9, “por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”. Bogotá: el Congreso; 2007.
67. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 1141 de 2009, abril 1, por el cual se reglamenta la afiliación de la población reclusa al Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: el Ministerio; 2009.

68. Colombia. Presidencia de la República. Decreto 2777 de 2010, agosto 3, Por el cual se modifica parcialmente el Decreto 1141 de 2009. Bogotá: La Presidencia; 2010.

69. Colombia. Ministerio de Justicia y del Derecho. Decreto 1069 de 2015, mayo 26, Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Justicia y del Derecho. Bogotá: El Ministerio; 2015.

70. Colombia. Ministerio de Justicia y del Derecho. Decreto 2245 de 2015, noviembre 24, Por el cual se adiciona un capítulo al Decreto 1069 de 2015, Único Reglamentario del Sector Justicia y del Derecho, en lo relacionado con la prestación de los servicios de salud a las personas privadas de la libertad bajo la custodia y vigilancia del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario –INPEC. Bogotá: El Ministerio; 2015.

71. Hidalgo J. Origen de las cárceles y creación del centro de readaptación social de Pachuca, situación actual y propuesta para su mejor funcionamiento. [Trabajo de grado para optar el título de Licenciado en Derecho]. Pachuca de Soto Hidalgo: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades. [internet] 2014 [Consultado 2014 jun 12]. Disponible en:

<http://www.uaeh.edu.mx/docencia/Tesis/icshu/licenciatura/documentos/Origen%20de%20las%20carceles%20y%20creacion%20del%20centro%20de%20readaptacion.pdf>

72. Miquelarena A. Las cárceles y sus orígenes. [internet] 2014 [Consultado 2014 jun 12]. Disponible en:

<http://new.pensamientopenal.com.ar/sites/default/files/2013/08/ejecucion03.pdf>

73. Colombia. Congreso de la República de Colombia. Ley 1709 de 2014, enero 20, por medio de la cual se reforman algunos artículos de la ley 65 de 1993, de la ley 599 de 2000, de la ley 55 de 1985 y se dictan otras disposiciones Bogotá: El Congreso 1993.

74. Organización de Estados Americanos OEA, Comisión Interamericana de Derechos Humanos CIDH. Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de la libertad en las Américas. 2011; OEA/Ser.L/V/II: Doc 64.
75. Castro A, Cillero M, Mera J. Derechos fundamentales de los privados de la libertad: Guía práctica con los estándares internacionales en la materia. Santiago de Chile. Ediciones Universidad Diego Portales; 2010.
76. Gudín F. Introducción historia de las prisiones. [internet] 2014 [Consultado 2014 jun]. Disponible en: <http://ocw.innova.uned.es/ocwuniversia/derecho-constitucional/derechos-de-los-reclusos/pdf/ESTUDIO0.pdf>
77. Monteverde A. Las cárceles y prisiones en la segunda mitad del siglo XVIII y comienzos del XIX. Aportes teóricos y penales de Jeremías Bentham. Rev. estud. hist.-juríd 1998; 20:211-21.
78. Chacón I. Contexto Penitenciario Colombiano. 2. ed. Bogotá D.C: Ediciones Jurídicas Andrés Morales; 2005. p. 4-35.
79. Castel M. Las trampas de la exclusión social. Relación social y políticas 1995; (34) 13-21.
80. Sen, A. Social Exclusion: Concept, Application and Scrutiny. Manila, Philippines: Office of Environment and Social Development. Asian Development Bank. Social Development Papers No. 1. 2000.
81. Jiménez M. Aproximación teórica de la exclusión social: complejidad e imprecisión del término. Consecuencias para el ámbito educativo. Estudios Pedagógicos XXXIV 2008; 1: 173-186.
82. Antony C. Mujeres invisibles: Las cárceles femeninas en América Latina. *Nueva Sociedad* 2007; 208:73-84.
83. García C. Violación de los Derechos Humanos de las Mujeres detenidas en América Latina. [internet] 2004 [Consultado 2009 may 24]. Disponible en: <http://www.dplf.org/uploads/1190750206.pdf>.

84. Townhead L. Mujeres en la cárcel e hijos de madres encarceladas: desarrollos recientes en el sistema de derechos humanos de la Naciones Unidas. Ginebra: Quaker United Nations Office; 2006.
85. Colombia. Defensoría del Pueblo. Los derechos humanos de la mujer privada de la libertad en Colombia. [internet] 2004 [Consultado 2012 ago 16]. Disponible en: http://www.defensoria.org.co/red/anexos/pdf/02/informe_111.pdf
86. Rodríguez A. Sistema Carcelario Colombiano: Apremiante cambio de cárceles por factorías de prisión y otros aspectos sociales. Bogotá D.C: Ediciones Jurídicas Gustavo Ibáñez; 1998. p. 39-40.
87. Bastick M, Townhead L. Mujeres en la cárcel: comentarios a las reglas mínimas de la Naciones Unidas para el trato de reclusos. Ginebra: Quaker United Nations Office; 2008.
88. Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario. INPEC. Informe estadístico mayo 2013. Bogotá D.C. Junio 2013. 25 p.
89. Observatorio Venezolano de Prisiones. Situación carcelaria en Venezuela, año 2010. [internet]. Venezuela: Observatorio Venezolano de Prisiones. 2010; [Consultado 2012 ago 16] Disponible en: <http://www.ovprisiones.org/cms/>
90. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos Oficina en Colombia. Informe centros de reclusión en Colombia: un estado de cosas inconstitucional y de flagrante violación de Derechos Humanos Bogotá, D.C., Colombia. 31 de octubre de 2001.
91. Leyva G. Max Horkheimer y los orígenes de la Teoría crítica. Sociológica 1999; 14 (40).
92. Osorio S. La teoría crítica de la sociedad de la escuela de Frankfurt algunos presupuestos teórico-críticos. Revista Educación y Desarrollo Social; 1(1): 104-119.

93. Orozco S. Protocolo N° 2: Teoría crítica: un acercamiento a su comprensión desde la investigación y el quehacer educativo. En: Ardila A, Borrero Y, Cáceres F, Escobar D, et al. Teoría Crítica de la sociedad y Salud Pública. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Doctorado interfacultades en Salud Pública; Universidad de Antioquia: Facultad Nacional de Salud Pública; 2011. p. 56-69.
94. Muñoz B. Actualidad de la Teoría Crítica. En: Constelaciones - revista de teoría crítica 2008; 1:153 – 159.
95. Galeano M. Estrategias de Investigación Social Cualitativa, El giro en la mirada. La Carreta editores. Medellín, Colombia. 2010. p 20.
96. Galeano M. Diseño de proyectos de investigación cualitativa. Medellín: Fondo editorial Universidad Eafit; 2004. p. 14-24.
97. De Souza M. El desafío del conocimiento: investigación cualitativa en salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1995.
98. De la Cuesta, C. Características de la investigación cualitativa y su relación con la enfermería. Investigación y Educación en Enfermería. Medellín 1997; XV (2).
99. Stake R. Investigación con estudio de caso. 4 ed. Madrid: Ediciones Morata S.L; 2007.
100. Neiman G, Quaranta G. Los estudios de caso en la investigación sociológica. En: Vasilachis I. Estrategias de investigación cualitativa. Editorial Gedisa. Barcelona España; 2006 p 213-238.
101. Marradi A, Archenti N, Piovani J. Metodología de las ciencias sociales. 2 Ed. Buenos Aires: CENGAGE Learning; 2011. p. 213- 222
102. Roldán J, González L. Situación de los Derechos Humanos en las cárceles del área Metropolitana. Diagnóstico sobre los derechos humanos en las cárceles:

Bellavista, La Estrella, Itagüí, Reclusión de Mujeres Buen Pastor y San Quintín-Bello. Medellín: Cáritas Arquidiosesana Medellín/Pastoral Social; 2005.

103. Antioquía. Personería de Medellín. Informe evaluativo sobre la cárcel del distrito judicial de Medellín Bellavista 1998. Medellín: Personería de Medellín; 1998.

104. López G, Restrepo L. Los derechos también van a las cárceles: el derecho a la salud en las cárceles de Bellavista, Andes, y Ciudad Bolívar – Antioquia 1996. [Monografía para optar el título de especialista en Ciencias Forenses]. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad de Derecho y Ciencias Políticas; 1996.

105. Castaño O. Cementerio de Libertades. Medellín: Prográficas y Cia. Ltda; 2005.

106. Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario – INPEC-. Rendición de cuentas del complejo carcelario y penitenciario Pedregal de Medellin COPED periodo enero a diciembre del año 2012. 201 [internet]. [Consultado 2013 jun 14]. Disponible en:

http://www.inpec.gov.co/portal/page/portal/INPEC_CONTENTIDO/Recursos_web/RENDICIONCOPED.pdf

107. Roldán J, González L. Situación de los Derechos Humanos en las cárceles del área Metropolitana. Diagnóstico sobre los derechos humanos en las cárceles: Bellavista, La Estrella, Itagüí, Reclusión de Mujeres Buen Pastor y San Quintín-Bello. Medellín: Cáritas Arquidiosesana Medellín/Pastoral Social; 2005.

108. Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario – INPEC-. Rendición de cuentas del complejo carcelario y penitenciario Pedregal de Medellin COPED periodo enero a diciembre del año 2012. 201 [internet]. [Consultado 2013 jun 14]. Disponible en:

http://www.inpec.gov.co/portal/page/portal/INPEC_CONTENTIDO/Recursos_web/RENDICIONCOPED.pdf

109. Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC. Rendición de cuentas del establecimiento penitenciario de alta y mediana seguridad carcelario de alta seguridad reclusión especial justicia y paz Itagüí – EPAMSCAS ERE JP Itagüí período enero a diciembre del año 2012. [internet] [Consultado 2014 feb 7]. Disponible en:

<http://www.inpec.gov.co/portal/page/portal/Inpec/Institucion/InformesDeGestion/RendicionDeCuentas/RegionalNoroeste/itagui.pdf>

110. Alcaldía de Itagüí. Ya no más “Cárcel de Máxima Seguridad de Itagüí” [internet] [Consultado 2014 feb 7]. Disponible en: <http://itagui.aredigital.gov.co/SalaPrensa/Paginas/Ya-no-m%C3%A1s-Carcel-de-Maxima-Seguridad-de-Itagui.aspx>

111. Patton M. Qualitative research & evaluation methods. Variety in qualitative inquiri theoretical orientations: Phenomenology. 3 Ed. United States of America: Sage Publications; 2001. p. 104-106.

112. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada: procedimiento de codificación. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia Editorial Universidad de Antioquia; 2002. p. 61.

113. Guber R. La etnografía: método, campo y reflexividad. Editorial Norma. Bogotá, Colombia.2001. p 5.

114. Geertz C. La Interpretación de las culturas: Descripción densa: hacia una teoría interpretativa de la cultura. Editorial Gedisa. Barcelona, España. 2005.

115. Mercado F, Robles L, Ramos I, Moreno N, Alcántara E. La perspectiva de los sujetos enfermos. Reflexiones sobre pasado, presente y futuro de la experiencia del padecimiento crónico. Cad Saúde Pública [internet]. 15(1):179–86 [Consultado 2016 jul 7]. Disponible en:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-11X1999000100018&lng=en&nrm=iso&tlng=es

116. Sousa Minayo M. Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. Salud Colectiva, Buenos Aires [internet]. 2010; 6(3):251-261 [Consultado 2016 jul 7]. Disponible en: http://www.perio.unlp.edu.ar/catedras/system/files/t.3_souza_minayo_m._c._los_conceptos_estructurantes_de_la_inv_cualitativa.pdf

117. Barona N. Alvarez L. Sociedad y Salud: el concepto de comunidad y su relación con los programas de salud. Ciudad: Editores impresores formas precisas; 1991. P. 395-425

118. American Psychological Association -APA-. Diccionario conciso de psicología. Editorial el manual moderno. Ciudad de México, México. 2010.p. 561.

119. Bedregal P. Ética de la investigación en salud pública. Revista de estudios médicos humanísticos. 2005; 13 (13).

120. República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 8340 de 1993 mediante la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: El Ministerio, 2003.

121. Colombia. Corte constitucional. Sentencia T-926-99, noviembre 18, Derecho a la salud-Afección física y psicológica por disfunción eréctil motivada en diabetes. Bogotá: La Corte; 1999.

122. Franco A, Álvarez D. Derechos humanos, una oportunidad para las políticas públicas en salud. Gac Sanit. 2008;22(3):280-86

123. Álvarez L. El derecho a la salud en Colombia: una propuesta para su fundamentación moral. Rev Panam Salud Pública. 2005; 18(2):129-135.

12 Anexos

Anexo 1 Sentencias de la Corte Constitucional en relación a tutelas tramitadas por Personas Privadas de la Libertad

Atención en salud			
Sentencia	Solicitud demanda	Sentencia	Solicitud demanda
T-522-92	Atención médica oportuna y adecuada	A-133-02	Exámenes especializados y atención médica
T-388-93	Atención médica, práctica de exámenes y suministro de medicamentos	T-1006-02	Practica de exámenes especializados
T-437-93	Atención al embarazo	T-085-03	Atención médica, tratamiento y medicamentos
T-494-93	Atención por especialista	T-545-03	Valoración por cirugía y programación para cirugía
T-190-97	Atención médica por desprendimiento de retina	T-638-03	Atención médica oportuna y adecuada
T-389-98	Atención médica a infección en la boca	T-687-03	Atención por especialista Exámenes diagnósticos
T-487-98	Asistencia médica adecuada en el establecimiento. Atención de especialista para tratamiento de "sífilis terminal o crónica"	T-1025-03	Atención médica y práctica de intervención quirúrgica
T-583-98	Atención médica, quirúrgica y farmacéutica	T-1206/03	Atención médica adecuada
T-606-98	Exámenes diagnósticos	T-346-06	Exámenes diagnósticos
T-607-98	Atención médica oportuna y adecuada	T-361-06	Atención médica, quirúrgica y farmacéutica adecuada paciente con VIH
T-063-99	Atención médica y acceso a una alimentación adecuada	T-686-06	Atención por especialista

T-530-99	Atención médica oportuna y adecuada	T-695-06	Atención por especialista
T-575-99	Atención y tratamiento en sesiones de fisioterapia, terapia ocupacional, sesiones de natación y el suministro de medicamentos	T-963-06	Atención por especialista
T-415-00	Atención médica adecuada, digna y oportuna	T-161-07	Atención médica, quirúrgica y tratamiento
T-1474-00	Atención médica y tratamiento	T-1272-08	Atención médica oportuna y adecuada
T-1518-00	Atención médica y quirúrgica	T-185-09	Atención médica y farmacéutica
T-358-01	Practica de exámenes especializados	T-540-09	Atención por especialista
T-521-01	Atención médica y quirúrgica	T-175-12	Atención médica
Intervención quirúrgica			
Sentencia	Solicitud Demanda	Sentencia	Solicitud Demanda
T-473-95	Intervención quirúrgica	T-703-03	Intervención quirúrgica
T-654-96	Traslado para realizar intervención quirúrgica	T-860-04	Intervención quirúrgica
T-1499-00	Remisión para cirugía "cierre de colostomía"	T-254-05	Trasplante hepático
T-233-01	Intervención quirúrgica	T-584-05	Intervención quirúrgica y tratamiento
T-728-01	Intervención quirúrgica	T-1013-05	Intervención quirúrgica
T-775-02	Intervenciones quirúrgicas	T-694-07	Intervención quirúrgica
T-958-02	Intervención quirúrgica	T-1031-08	Intervención quirúrgica
T-172-03	Intervención quirúrgica	T-825-10	Intervención quirúrgica

Tratamiento			
Sentencia	Solicitud Demanda	Sentencia	Solicitud Demanda
T-101-97	Tratamiento adecuado y medicamentos para aliviar úlcera sanguínea	T-696-01	Tratamiento para fármaco-dependencia
T-342-97	Tratamiento especializado para no perder pierna	A-043-02	Tratamiento para úlcera gástrica
T-1275/00	Tratamiento odontológico	T-1060-04	Tratamiento odontológico
T-1291-00	Prisión domiciliaria, continuidad en tratamiento de enfermedad de Guillan Barré	T-133-06	Suministro de lentes
Otras consideraciones en torno al derecho a la salud			
Sentencia	Solicitud Demanda	Sentencia	Solicitud Demanda
T-598-93	Condiciones de la prisión y consecuencias en el desarrollo de los niños	T-1326-05	Remuneración al trabajo
T-277-94	Acercamiento familiar	T-317-06	Reubicación de baños y comedor (cercanía) Suministro continuo de agua potable
T-502-94	condiciones físicas y ambientales de la cárcel (Humedad)	T-322-07	Clasificación de los internos Vigilancia y seguridad (responsabilidad de guardia) Condiciones higiénicas básicas (agua para lavar las prendas de vestir) Beneficio administrativo de 72 horas
C-318-95	Ley 65 art 168	T-126-09	Condiciones locativas Servicios públicos

			Servicios de salud Hacinamiento
C-580-96	Derecho al trabajo	T-412-09	Unidad Familiar
T-605-97	Unidad Familiar	T-511-09	Visita conyugal Unidad familiar
T-265-99	Vulneración de derechos fundamentales a la vida, a no ser sometidos a penas crueles, inhumanas o degradantes, a la salud y al saneamiento ambiental en tanto hay internos que viven en lugares donde deben convivir con moscas, roedores, y en medio de sus propios excrementos, expuestos, además, al frío y a morir de cualquier enfermedad.	T-507-05	Trasladado a otro centro carcelario por condiciones de vida en el actual
T-718-99	Derecho al trabajo y alimentación digna	T-714-96	Alimentación digna
T-256-00	Hacinamiento	T-208-99	Alimentación digna
T-352-00	Lugar digno para dormir	T-144-00	Ingreso de calentador por asma crónica
T-1606-00	Hacinamiento	T-257-00	Hacinamiento Pésimas instalaciones locativas Carencia de condiciones higiénicas y de salubridad Insuficiencia de sanitarios Escasa o inexistente asistencia médica Falta de celdas y de

			espacio para el esparcimiento Condiciones mínimas para estudiar o trabajar
A-035-02	Racionamiento de energía eléctrica	T-461-02	Beneficio de la casa por cárcel acercamiento al grupo familiar por cuadrapelgia
A-110B-02	Condiciones del penal	T-639-04	Continuidad en prestación de servicios públicos (agua - energía)
Auto 123-02	Protección al derecho fundamental a la seguridad social y a la salud	T-744-09	Reubicación en un centro de rehabilitación de salud mental y acercamiento familiar.
A-213-02	Condiciones dignas de infraestructura y hacinamiento	T-214-97	Anciano de 72 años indígena con una fuerte carga de enfermedad solicita traslado de establecimiento a uno cerca a su familia y etnia para que los "abuelos médicos" de la misma traten su cáncer de próstata. "es preferible morir en mi tierra que fuera de ella"
T-881-02	Racionamiento de energía eléctrica	T-153-98	Hacinamiento
T-1108-02	Racionamiento de energía eléctrica	T-535-98	Hacinamiento, racionamiento de agua, la carencia de baños y ausencia de lugares aptos para el descanso.
T- 1030-03	Régimen interno: Proceso de rapado al ingreso al	T-274-05	Unidad Familiar

	<p>establecimiento, porte de uniforme igual para sindicatos y condenados, uniforme manga corta inapropiado para el clima en Combita Boyacá, restricción en el uso de libros, tv, ropa de cama adecuada, uso de esposas al interior del pabellón para cualquier desplazamiento, prohibición en el ingreso de medios de comunicación ej. periódico, alimentación de mala calidad, negación en acceso a servicios de salud, régimen estricto en el contacto familiar, entrevistas con los abogados, baños de agua fría en condiciones de temperaturas bajas extremas 2°centrigrados.</p>		
T-851-04	<p>protección de los derechos fundamentales a la vida en condiciones dignas, la integridad física, la salud y salubridad, la alimentación suficiente, la recreación, el trabajo y la resocialización de la población carcelaria del Municipio de Mitú</p>	T-388-13	<p>Hacinamiento, salubridad, higiene y calidad de sistemas sanitarios; Régimen interno: malos tratos, malas condiciones de infraestructura, restricción de servicios básicos como la salud, el agua y el saneamiento básico, limitaciones a los derechos a la comunicación e información, separación de la familia, derecho a la protesta pacífica; hacinamiento, el deterioro de las instalaciones y la ausencia de</p>

			personal suficiente para la prestación de servicios básicos como la salud y la seguridad; Hacinamiento, condiciones higiénicas inadecuadas
T-1096-04	Traslado por condición sexual (abuso sexual continuado)	T-524 -99	Condiciones de insalubridad y hacinamiento
T-1134-04	Vestido, útiles de aseo y suministro continuo de agua potable	T-690-10	Condiciones higiénico sanitarias del área de preparación de alimentos
T-052-05	Condiciones locativas	T-175-12	Alimentación, instalaciones sanitarias higiénicas y agua potable
T-1303-05	Derecho al trabajo	T-762 - 15	Estado de cosas inconstitucionales en materia de hacinamiento carcelario

Anexo 2 Convenio interinstitucional 0001 INPEC – FNSP

2 JUN 2014

0001

CONVENIO INTERINSTITUCIONAL No DE 2014 CELEBRADO ENTRE EL INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO Y CARCELARIO "INPEC" Y LA FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA.

Entre los suscritos, **IMELDA LOPEZ SOLORZANO**, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía 41675018 de Bogotá, quien actúa en nombre y representación del **INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO Y CARCELARIO "INPEC"**, en su carácter de Directora Regional encargada, nombrada mediante Resolución N° 225 del 24 de Enero de 2014 y en ejercicio de sus facultades, quien para efectos del presente convenio se denominará **INPEC**, por una parte; y por la otra **MARÍA PATRICIA ARBELÁEZ MONTOYA**, mayor de edad, domiciliada y residente en la ciudad de Medellín, identificada con cédula de ciudadanía 42.983.568 de Medellín, en su calidad de Decana de La Facultad Nacional de Salud Pública de La Universidad de Antioquia, según Resolución Rectoral No. 1795 del 25 de septiembre de 2012, quien actúa en nombre de la Universidad de Antioquia y que para efectos del presente convenio se denominará La **FACULTAD**, hemos acordado celebrar el presente convenio interinstitucional, el cual se regirá por las siguientes cláusulas, previas estas consideraciones: 1) Que hay entre las dos instituciones un interés y entendimiento mutuo para la realización de diferentes investigaciones en centros penitenciarios y carcelarios. 2) Que el fin del presente Convenio a celebrar entre El **INPEC** y La **FACULTAD** está orientado a brindarle a los profesionales de La **FACULTAD**, la oportunidad de hacer investigaciones en la población reclusa y personal de guardia en el Establecimiento Penitenciario de Mediana Seguridad Carcelaria de Medellín, Complejo Carcelario y Penitenciario de Medellín Pedregal "COPEL" Estructura I Medellín, en el sistema penitenciario en el EPAMSCAS-ERE-JyP Establecimiento Penitenciario de Alta y Mediana Seguridad-Carcelario de Alta Seguridad-Establecimiento de Reclusión Especial y Justicia y Paz de Itagüí, en adelante, Centro de Reclusión 3) Que la Ley 65 de 1993 en su artículo 37 establece la figura de Colaboradores Externos – quienes tendrán acceso a los centros de reclusión para adelantar labores de educación, trabajo y de formación religiosa, asesorías jurídicas o investigaciones científicas, relacionadas con los centros de reclusión y en el Artículo 33 del Acuerdo 0011 de 1995 - Visitas de Colaboradores Externos. El director del Establecimiento podrá autorizar el ingreso de las personas señaladas en el artículo 37 de la Ley 65 de 1993, previa solicitud por escrito en las que se acrediten sus calidades y las actividades que van a cumplir. Conforme a lo citado, las investigaciones serán coordinadas por un funcionario del Centro de Reclusión y la Dirección Regional Noroeste, previa información general sobre el desarrollo de la visita conforme al cronograma establecido. Estos visitantes dejarán informe del estudio en el respectivo Centro de Reclusión y la sede regional. 4) Que conforme a la norma constitucional en su artículo 69, se consagra dentro de la autonomía universitaria, el fortalecimiento de la investigación científica por medio de las universidades del Estado y privadas y se ofrecerán las condiciones especiales para su desarrollo. 5) Que los proyectos de investigación que realiza LA **FACULTAD** en los Establecimientos Penitenciarios y Carcelarios tienen como objetivo fundamental generar conocimientos, entregar recomendaciones que impacten positivamente y aportar a la gestión institucional tendiente a intervenir sus problemas de salud y bienestar, mediante acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia de salud pública y atención en salud de los grupos humanos que conviven en dichos establecimientos, principalmente las personas privadas de la libertad. 6) Este convenio en su ejercicio y cumplimiento se regirá por las siguientes cláusulas:

CLAUSULA PRIMERA.- OBJETO: El presente convenio tiene por objeto la realización de

24 JUN 2014

0001

HOJA No. 2.- DEL CONVENIO No. DE 2014.

diferentes investigaciones en la población reclusa y personal de guardia de los centros penitenciarios y carcelarios del INPEC, con docentes y estudiantes de La FACULTAD, previa autorización y estudio de seguridad, y lleno de requisitos definidos en el Sistema de gestión de calidad del INPEC en procedimientos y pautas **CLAUSULA SEGUNDA.- BENEFICIARIOS:** son beneficiarios del presente convenio: 1.- por parte del INPEC, los funcionarios del sistema penitenciario y carcelario que tienen a su cargo el área de sanidad del Establecimiento. 2.- por parte de La FACULTAD, los profesionales y estudiantes que realizan las investigaciones según lo permitido por la ley. 3.- la sociedad civil recibe beneficio del desarrollo y resultado de estas investigaciones, al conocer de los problemas de salud de las personas que se encuentran en los Establecimientos Penitenciarios y Carcelarios; las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y vigilancia de salud pública. **PARAGRAFO:** Ninguna de las partes podrá hacer extensión de este convenio a personal diferente al prefijado en la presente cláusula. **CLAUSULA TERCERA: OBLIGACIONES DEL INPEC:** En cumplimiento del presente convenio, el INPEC, se compromete a: 1. Asumir la Coordinación de la ejecución del Convenio a través de un Superior designado por cada centro carcelario, las decisiones técnicas y administrativas que puedan afectar el desarrollo del Convenio y que tengan origen en El INPEC. 2. Permitir el desplazamiento en el interior del Establecimiento de reclusión a los estudiantes, investigadores invitados, y profesionales de La FACULTAD, de acuerdo al cronograma concertado, para facilitar la realización de la investigación para lo cual el Director del Establecimiento de reclusión facilitará y expedirá los permisos correspondientes, o en su defecto facilitará carnés de identificación, siempre bajo el estricto cumplimiento del reglamento interno y aspectos de seguridad del INPEC. 3. Brindar a los estudiantes y profesionales de La FACULTAD, las condiciones de seguridad necesarias, conforme a los recursos disponibles con los que cuenta el INPEC, para tal fin. 4. Correr traslado a las instancias pertinentes de La FACULTAD de los hechos que se configuren como faltas disciplinarias, cometidas por estudiantes y/o investigadores. 5. Respetar y acatar los reglamentos de La FACULTAD, con respecto a los proyectos y programas que se adelanten. 6. Participar con el personal correspondiente, en la definición, ejecución y evaluación del Plan de Trabajo que se concerte. 7. Poner a disposición los materiales y equipos requeridos por los profesionales de La FACULTAD para el buen desempeño de la actividad objeto del presente Convenio, siempre y cuando se cuente con los medios a facilitar. 8. Proporcionar a los investigadores acreditados, condiciones de respeto en su práctica investigativa. 9. Informar con no menos de quince (15) días de anticipación, salvo fuerza mayor o caso fortuito, cualquier modificación que deba realizarse a los cronogramas de actividades. 10. Cuando El INPEC no estuviera satisfecho con el curso de las actividades investigativas o en general por la gestión en la materia, podrá solicitar modificación, sin que el objeto de las investigaciones cambie, siempre y cuando LA FACULTAD cuente con los parámetros y elementos que puedan ser replanteados o en su defecto, solicitar terminación de la misma dentro del Establecimiento para los fines que estime pertinentes LA FACULTAD. 11. Realizar estudio de seguridad por parte del GRUVI 12. Disponer de personal del INPEC que actúen como coinvestigadores. **CLAUSULA CUARTA. OBLIGACIONES DE LA FACULTAD:** 1. El personal de La FACULTAD que se desempeñe como investigador o supervisores respetarán la autonomía institucional del INPEC, su filosofía, estructura orgánica, reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios para el manejo de recursos y la prestación del servicio. 2. Los investigadores respetarán los horarios que establezca el INPEC y cooperarán con el Establecimiento para que se cumpla el objeto del Convenio. 3. Los investigadores, tutores, cuerpo docente, asesor investigador y directivo, que asistan al establecimiento de reclusión, están obligados a poseer actualizado el respectivo carné que los identifique como tal. 4. Para todos los casos se notificará de manera oficial los

24 JUN 2014

0001

HOJA No. 3.- DEL CONVENIO No. DE 2014.

investigadores que se autorizan para llevar a cabo las investigaciones, previa notificación de la FACULTAD y realización de estudio de seguridad. 5. El investigador no podrá por sí o por terceros reclamar personal o judicialmente indemnizaciones o dinero o en especie, ante el INPEC, por cualquier enfermedad o accidente que sufiere estando en la entidad. 6. La responsabilidad académica e investigativa estará a cargo de LA FACULTAD exclusivamente. 7. LA FACULTAD podrá retirar al investigador (es) del INPEC cuando considere que no se está desarrollando el objetivo científico del presente Convenio. 8. Los investigadores dependerán de LA FACULTAD y su relación con EL INPEC sólo tendrá carácter de investigadores, sin vínculo laboral alguno. 9. La FACULTAD se obliga a suministrar los datos y documentos necesarios exigidos por el INPEC, para el desarrollo del objeto de este Convenio, así como los proyectos de investigación. 10. Adelantar coordinadamente con el INPEC, la entrega de informes y actividades afines previa programación acordada de acuerdo a los parámetros entre el INPEC y LA FACULTAD. 11. Entregar al INPEC un informe final del estudio desarrollado en el objeto de este Convenio, dando crédito al apoyo del INPEC según los lineamientos de ambas instituciones y a la FACULTAD por la financiación de los proyectos. **CLAUSULA QUINTA. RESPONSABILIDAD CONJUNTA DE LAS PARTES:** Cada una de las partes de este Convenio responderá en forma individual por la ejecución y cumplimiento de las obligaciones pactadas. **CLAUSULA SEXTA SALARIOS Y PRESTACIONES:** Las partes contratantes dejan expresa constancia de que las investigaciones objeto del presente convenio, no generan vínculo ni relación laboral alguna entre el personal de LA FACULTAD y el INPEC. Así mismo, se deja la advertencia de que los estudiantes y egresados que colaboran en la investigación, no recibirán durante el desarrollo del proyecto, contraprestación económica alguna por parte del INPEC. **CLAUSULA SÉPTIMA. AUSENCIA DE EROGACIONES:** Por la naturaleza del presente convenio, se manifiesta que no genera erogación pecuniaria alguna. **CLAUSULA OCTAVA. DURACION:** El presente convenio tendrá una duración de (5) años contados a partir de la fecha de suscripción del mismo y podrá renovarse, previo acuerdo entre las partes y soportado en un escrito que justifique su ampliación, el cual deberá ser presentado por LA FACULTAD. **CLAUSULA NOVENA. TERMINACION ANTICIPADA:** Las partes en cualquier momento de común acuerdo podrán dar por terminado el presente convenio, sin que por ello se genere ningún tipo de indemnización en favor de las mismas y sin perjuicio a las personas que en ese momento lo estén utilizando y su vigencia para éstas obrará hasta la finalización de las prácticas. **CLAUSULA DÉCIMA. CONTROL Y VIGILANCIA:** El control y vigilancia del desarrollo del presente convenio estará a cargo de la Dirección Regional Noroeste del INPEC, quien tendrá las siguientes obligaciones: 1. Ser el enlace permanente entre LA FACULTAD y el INPEC. 2. Informar mensualmente a las partes sobre la evolución de las labores. 3. Informar a las partes cualquier irregularidad en el cumplimiento de las obligaciones asumidas en virtud del presente convenio. **CLAUSULA DECIMO PRIMERA. RECURSOS FINANCIEROS DEL CONVENIO.** No se generará ningún tipo de erogación económica por parte del INPEC para el desarrollo del objeto del presente Convenio. **CLAUSULA DECIMO SEGUNDA:** Las obligaciones asumidas por las partes, en virtud del presente convenio, sobrevivirán al vencimiento y terminación del mismo. **CLAUSULA DÉCIMO TERCERA. CAUSALES DE TERMINACIÓN.** El presente convenio podrá darse por terminado por las siguientes razones: 1. El incumplimiento de las obligaciones aquí pactadas. 2. Todo acto inmorale o delictivo o de irresponsabilidad comprobado en la que incurran los investigadores que desarrollarán el objeto de este convenio o funcionarios del INPEC. 3. Por mutuo acuerdo entre las partes. **CLAUSULA DECIMO CUARTA. SANCIONES.** Las partes que intervienen en el presente Convenio procederán con las sanciones disciplinarias a que haya lugar en cada caso, por el incumplimiento de los reglamentos respectivos en cada entidad. **CLAUSULA DECIMO**

24 JUN 2014

0001

HOJA No. 4.- DEL CONVENIO No. DE 2014.

QUINTA: INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD: Las partes del presente convenio, manifiestan que no se encuentran en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad contempladas en el artículo 8o. de la Ley 80 de 1993. **CLAUSULA DECIMOSEXTA. PERFECCIONAMIENTO:** Para todos los efectos legales, el presente convenio se entiende perfeccionado con las firmas de las partes que aquí intervienen, de acuerdo con lo establecido en el inciso primero del artículo 41 de la Ley 80 de 1993. Para constancia se firma por quienes intervienen a los 19 días del mes de junio de 2014

EL INPEC,



IMELDA LOPEZ SOLORZANO
Directora Regional INPEC

LA FACULTAD,



MARÍA PATRICIA ARBELÁEZ M
Decana Facultad Nacional de Salud Pública

Anexo 3 Aval proyecto Regional Noroeste del INPEC

INPEC
INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO Y CARCELARIO

DIREG 500 ARTRA **5-7796**
Medellin,

04 SEP 2014

Capitán
JOSE PEÑA ALFONSO
EPC LA PAZ -ITAGUI

Asunto: Solicitud de concepto sobre la propuesta de investigación "EL DERECHO A LA SALUD EN ESTABLECIMIENTOS DE RECLUSIÓN: EL CASO DEL EPC⁷ LA PAZ DE ITAGÚI - ANTIOQUIA 2014"

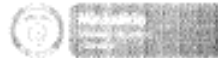
Con el fin de atender la propuesta allegada por Jennifer Hernández, como trabajo de investigación para optar al título de magister en salud pública, me permito expresar que como es de suyo conocimiento el INPEC tiene documentado el procedimiento y pautas sobre la materia que paso a detallar:

1. La Dirección de Atención y Tratamiento, las Direcciones Regionales y los Establecimientos de Reclusión recepcionarán las propuestas de investigación provenientes de entidades públicas o privadas, relacionadas con temas de atención básica y tratamiento penitenciario o también generarán propuestas de investigación científica social en el contexto penitenciario y carcelario.
2. Es requisito para realizar investigación científica relacionada con los procesos de Atención Integral y Tratamiento en el sistema penitenciario, que exista entre el INPEC y la Institución proponente convenio de cooperación interinstitucional vigente.
3. La Dirección de Atención y Tratamiento y La Dirección Regional invitarán a las instituciones universitarias y otras competentes, de carácter privado u oficial a desarrollar investigación científica y en ese sentido promoverán la celebración de convenios interinstitucionales.
4. Las entidades o instituciones que aspiren a desarrollar investigación científica deben cumplir con lo dispuesto en el artículo 37 de la ley 65/93. Las propuestas de investigación que correspondan a trabajos de grado o tesis, deben ser hechas por estudiantes de los últimos dos semestres del programa de pregrado o por estudiantes de posgrado; en el caso de ser una investigación propuesta por la universidad como institución u otras como ONG esta debe cumplir con los requisitos contenidos en la Ley 65/93 en los artículos antes mencionados.
5. Es necesario que en la Dirección de Atención y Tratamiento y en cada Dirección Regional, se establezcan las necesidades de la dependencia y los Establecimientos de su jurisdicción en cuanto a investigación científica social carcelaria y penitenciaria y se evalúen las propuestas provenientes desde el INPEC u otras instituciones.

⁷ Establecimiento Penitenciario y Carcelario

Calle 53 No. 49-30 Pto 2 - Medellín, Nariño, 251 50 00-
213 29 42
E-MAIL: comunicacion@inpec.gov.co

Página 192 de 194



**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

DIREG 500 ARTRA
Medellin,

8802

06 OCT 2014

Capitán
JOSE PEÑA ALFONSO
EPC LA PAZ –ITAGUI


Asunto: Autorización Investigación "El Derecho A La Salud En Establecimientos De Reclusión: El Caso Del EPC⁹ La Paz De Itagüi - Antioquia 2014"

Con el fin de atender la propuesta allegada por Jennifer Hernández, como trabajo de investigación para optar al título de magister en salud pública, su concepto favorable en oficio 5293 de 29/09/2014, y el estudio de confiabilidad emanado del Goseg de esta sede Regional, me permito solicitar se autorice el ingreso para fines netamente académicos de la Doctora JENIFFER HERNANDEZ en el periodo comprendido entre el 14 de octubre hasta el 30 de enero de 2015.

Agradecemos disponer del apoyo académico requerido y los controles de seguridad para esta actividad.

Atentamente,


IMELDA LOPEZ SOLORZANO
Directora Regional Noroeste


Elaborado por: Lisa María Solorzano
Revisado por: Imelda López
Fecha de elaboración: 29/09/2014

⁹ Establecimiento Penitenciario y Carcelario

Anexo 4 Aval del Establecimiento Penitenciario

Solicitud Inv. Cient

INPEC
Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario

501-EPC LA PAZ ATENCION Y TRATAMIENTO

05293

Itaq'li, Septiembre 29 de 2014

29 SEP 2014

Doctora
IMELDA LOPEZ SOLORZANO
Director Regional Noroeste

Asunto: Concepto propuesta de investigación "El derecho a la salud"

Cordial saludo:

Por medio de la presente me permito enviar concepto sobre la propuesta de investigación: El derecho a la salud en establecimientos de reclusión; el caso del EPC LA PAZ DE ITAGUI 2014.

Para el establecimiento LA PAZ es pertinente contar con este tipo de investigaciones en el tema de salud y poder dar continuidad en específico al estudio de esta problemática que cotidianamente aqueja a la población reclusa.

También contar con la profesional JENNIFER HERNANDEZ, quien se ha interesado por el estudio científico del tema de la salud y puede dar a conocer ante organismos, ministerios de salud y de justicia las dificultades que viven los internos del establecimiento con la atención prestada por las entidades prestadoras de salud.

Lo anterior para su conocimiento y fines pertinentes

Atentamente,


CT. PEÑA ALFONSO JOSÉ JOAQUÍN
DIRECTOR EPC LA PAZ

Revisado por: Dgta. Adel Cristina Sagasti Vique
Fotometrado por: Dgta. Adel Cristina Sagasti Vique
Fecha de elaboración: 29/09/2014
Adjunto: www.documentosoficial.com

Carrera 70 No. 23-19, PBX 3000388
epc@inpec.gov.co

Página 1 de 177



Ministerio
de Justicia
y del Poder
Judicial

PROSPERIDAD
PARA TODOS

Anexo 5 Carta de autorización y Carnet



501-EPCPA-DIR- 0055

Itagui Antioquia 31 de Octubre de 2014

PUESTO DE AGUILA 11
PUESTO DE AGUILA 10
PUESTO DE AGUILA 7

AUTORIZACION DE INGRESO PERMANENTE

Bajo estrictas medidas de seguridad ,controles ,registros necesarios efectuando identificación al ingreso y salida., El Director autoriza el ingreso de la Doctora JENIFER ASTRID HERNANDEZ PACHECO con CC 43273711 al Área de Mediana Seguridad del Establecimiento –Reinserción Social y quien ingresara un PC PORTATIL LENOVO –ideapad0310 –MO QB02092117 color gris ,con el fin de realizar capacitación al personal de internos y Funcionarios preferiblemente del COPASO del EPC LA PAZ en relación a los servicios de salud.

El ingreso se realizara los días Lunes, Martes, Jueves y Viernes en el Horario comprendido entre las 08,00 am y las 16:00pm hasta el 30 de Enero del 2015.



CP PEÑA ALFONSO JOSE JOAQUIN
Director EPC LA PAZ

Elaborador por Dgte. Liliana Canzales
Revisado por. Cp Peña Alfonso Jose
Mis documentos/Ofticos
Fecha: 31/10/2014

	EPC LA PAZ
	ENTIDAD UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA MOTIVO: CURSO DE PRIMEROS AUXILIOS
	HORARIO: LUNES, MARTES JUEVES, VIERNES HORA: 08:00 A 16:00 HORAS VALIDO: DICIEMBRE 31 DE 2015
JENIFFER ASTRID HERNANDEZ P. CC: 43.273.711	
Doctor, DIEGO ALONSO ARIAS RAMIREZ Director (E) EPC La Paz	

Anexo 6 Afiche invitando a las PPL a participar del estudio



“EL DERECHO A LA SALUD EN ESTABLECIMIENTOS DE RECLUSION: EL CASO DEL EPC LA PAZ DE ITAGUI - ANTIOQUIA 2014”

UN ESTUDIO
REALIZADO POR LA
FACULTAD
NACIONAL DE SALUD
PUBLICA DE LA
UNIVERSIDAD DE
ANTIOQUIA

COORDINADO POR
LA
ADMINISTRADORA
EN SALUD:

JENIFFER HERNANDEZ
PACHECO COMO
PARTE DE SUS
ESTUDIOS DE
MAESTRIA EN SALUD
PÚBLICA.

La pregunta a resolver es:

¿Cuáles son las experiencias y los significados que sobre el derecho a la salud de la población privada de la libertad se tienen en el establecimiento penitenciario y carcelario La Paz de Itagüí?

Tu puedes ayudarnos a resolverla...

¿Cómo?

Participando en una entrevista individual de aproximadamente 1 hora de duración.

Tu participación será certificada.

No afecta tu condición, es estrictamente confidencial, la información solo será tratada por la estudiante y utilizada solo para fines del estudio.

Tu experiencia y lo que ella significa es sumamente valiosa para nosotros.

Si deseas participar puedes contactar al coordinador de sanidad del patio _____ e inscribirte con él.



Anexo 7 Modelo de certificaciones a PPL por participar del estudio



Hace constar que

Nombre del Participante

C.C. identificación

Participó del estudio:

El derecho a la salud en establecimientos de reclusión: el caso del EPC La Paz de Itagüí - Antioquia 2014

En el marco del proceso de formación de un estudiante del programa de
Maestría en Salud Pública

Itagüí, noviembre xx de 2014.

María Patricia Arbeláez Montoya
Decana
Facultad Nacional de Salud Pública
Universidad de Antioquia

Anexo 8 Guion de entrevista

Descripción de la persona privada de la libertad.

Edad

Tiempo de privación de la libertad

Introducción

Breve explicación del contenido de la entrevista y de los propósitos de la misma, resaltando aparte de los aspectos de confidencialidad, la temática general y el interés de captar las vivencias del entrevistado, los hechos ocurridos, sus sentimientos, pensamientos, elaboraciones teóricas y conceptos sobre las mismas, referidos a su condición dentro del establecimiento carcelario y no tanto antes de entrar al mismo, o a la situación de los que están afuera.

1. Primera parte. El punto de partida desde los conceptos

1.1. Bueno para empezar, yo quisiera que habláramos primero de lo que usted entiende por salud.

1.2. ¿De acuerdo con lo anterior podría usted decirme qué entiende usted por derecho a la salud?

2. Las experiencias en torno del derecho a la salud

Ahora vamos a hablar de sus experiencias con relación al derecho a la salud aquí en la cárcel. No tomemos en cuenta esas experiencias antes de usted entrar. Lo que me interesa en este estudio son esas experiencias vividas por usted dentro del establecimiento. Cómo han sido, cómo se ha sentido frente a ellas, que ha pensado al respecto, cómo analiza usted la situación.

3. Determinar el significado del derecho a la salud

3.1. Teniendo en cuenta todo lo que hemos hablado, cual es el significado entonces que usted da al derecho a la salud.

3.2. aparte de todo lo que hemos conversado, usted cree que hay algo adicional que usted crea importante para dar cuenta del derecho a la salud?

Anexo 9 Aval Comité de Ética Facultad Nacional de Salud Pública



Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
Héctor Abad Gómez

Comité de Ética de la Investigación - CEI
Centro de Investigación
Facultad Nacional de Salud Pública

Certificación

El Comité de Ética de la Investigación de la Facultad Nacional de Salud Pública, en la sesión 104 del 19 de Junio de 2014, revisó el proyecto "El Derecho a la Salud en Establecimientos de Reclusión: El Caso del Establecimiento Penitenciario Carcelario La Paz de Itagüí - Antioquia 2014".

El comité da aval al proyecto en la categoría de riesgo mayor al mínimo, según la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud.

Dado en Medellín, el 07 de Julio de 2014.


MARGARITA MONTOYA M.
Presidente CEI


GLORIA MOLINA MARÍN
Secretaria CEI

Anexo 10 Consentimiento informado personas privadas de la libertad

**UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
“Héctor Abad Gómez”**

**CENTRO DE INVESTIGACION
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**PROYECTO: EL DERECHO A LA SALUD EN ESTABLECIMIENTOS DE
RECLUSIÓN: EL CASO DEL EPC LA PAZ DE ITAGÜÍ - ANTIOQUIA 2014**

INFORMACIÓN Y FORMATO DE CONSENTIMIENTO

Código del participante: _____

Código de estudio: _____

Introducción

El derecho a la salud como un concepto amplio incluye todos los aspectos relacionados con las posibilidades de lograr buena salud y no solo con la distribución de la atención por parte de los servicios, se extiende a las dimensiones del bienestar relacionadas con la vivienda, la educación, la seguridad alimentaria, el ingreso, el empleo y otros aspectos fundamentales para la vida digna durante todo el ciclo vital humano. En este sentido, el Derecho a la salud en las cárceles debe ser considerado una cuestión de salud pública, en tanto que, en espacios como este a causa de las condiciones de vida y salud que ahí predominan y que se desarrollan, puede ser susceptible a su vulneración.

Dado que el derecho a la salud en las cárceles es un tema sobre el cual muy poco se reflexiona, se hace necesario conocer la realidad de dicha problemática y

proponer acciones para su intervención, pues es evidente que la realización de este es un factor determinante de las condiciones de salud de dicha población.

Porque lo estamos invitando a participar

Le hacemos una cordial invitación a que participe en esta investigación ya que para nosotros es importante conocer las experiencias que ha tenido y los significados que usted da al derecho a la salud en condiciones de privación de la libertad.

Propósito

Comprender las experiencias y los significados que sobre el derecho a la salud de la PPL tienen los actores involucrados en el EPC La Paz de Itagüí, Antioquia 2014.

Participación

Si usted acepta participar, le pediremos que por favor responda una entrevista con preguntas muy sencillas, la cual estará orientada por personal técnico del grupo de investigación de la Universidad de Antioquia y que implicará solo el tiempo en que usted se demore en contarnos la historia; se estiman aproximadamente dos horas.

Costos

Todos los costos en este estudio son asumidos por la Universidad de Antioquia, por lo tanto usted como participante no tendrá que incurrir en ningún gasto por participar en el mismo.

Beneficios

Por el hecho de participar en la investigación no se le otorga ningún beneficio directo, pues la información obtenida se utilizará para proponer estrategias de mejoramiento de los procesos que garanticen el derecho a la salud de las personas privadas de la libertad en el país

Riesgos

En este proceso de investigación se garantiza el cumplimiento estricto de los requisitos y normas éticas de investigación universitaria. Así mismo, se aclara que no representa ningún riesgo para la persona que suministra la información.

Derechos

Usted entiende que su participación en el estudio es **VOLUNTARIA**. En cualquier momento usted puede retirar su consentimiento a participar en el mismo, sin que su condición de reclusión se vea afectada. Así mismo, los investigadores o el Establecimiento podrán detener el estudio cuando lo crean pertinente.

Confidencialidad

Solo los investigadores y el Establecimiento sabrán que usted está participando en el estudio. No obstante, la información obtenida en la entrevista tendrá un manejo estrictamente confidencial y anónimo, pues será registrada con un código definido y utilizado exclusivamente por los investigadores para los fines académicos descritos. Dado el carácter libre y voluntario de la entrevista, puede interrumpir el curso de la misma o responder selectivamente las preguntas planteadas cuando usted encuentre motivo para ello.

Compensación

Así como usted no tendrá que incurrir en ningún gasto por participar en este estudio, tampoco recibirá alguna compensación de tipo económico por participar en el mismo.

Personas a contactar

Si tiene cualquier pregunta acerca de este estudio, los investigadores responsables atenderán sus inquietudes en los siguientes números telefónicos:

Jeniffer Hernández Pacheco 2196885

Así mismo, en caso de no contactar a los investigadores puede comunicarse con la Profesora Margarita Montoya presidenta del Comité de ética al teléfono 219 6840.

Aceptación

Usted entiende que su participación en el estudio es **VOLUNTARIA**. Si tiene alguna inquietud adicional sobre el estudio, su participación en él o el formato de consentimiento no dude en consultarla en cualquier momento con los investigadores.

Su firma abajo indica que usted decidió participar en este estudio.

Participante	Nombre (en letra clara)	Lugar y fecha (día/mes/año)	Firma o huella Digital
---------------------	--------------------------------	------------------------------------	-------------------------------

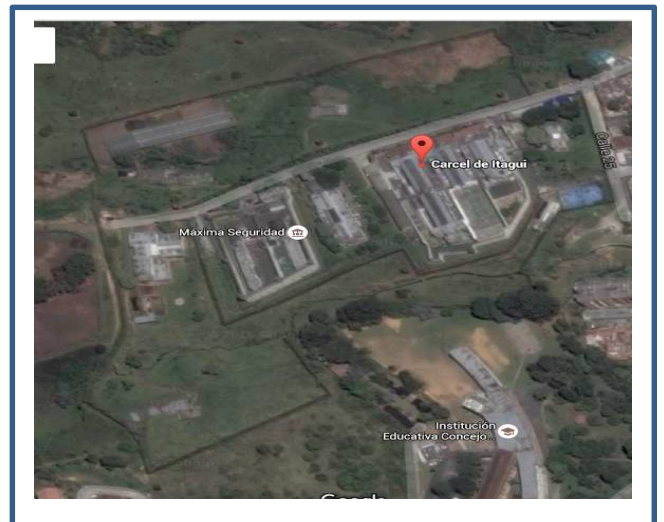
--	--	--	--

Testigo

Observé el proceso de consentimiento. El potencial participante, leyó este formato (o le ha sido leído), tuvo oportunidad de hacer preguntas, estuvo conforme con las respuestas y firmó (o colocó su huella digital) para ingresar al estudio.

	Nombre (en letra clara)	Lugar y fecha (día/mes/año)	Firma o huella Digital
Testigo			

Anexo 11 Galería de Imágenes



Ubicación Establecimiento Penitenciario y carcelario

Vista aerea del establecimiento



Complejo Carcelario la Paz de Itagüí

Ingreso principal del establecimiento



Indicaciones para el ingreso de visitantes al establecimiento



Puerta de ingreso a pabellones de mediana y baja seguridad



Pasarella, camino a pabellones de máxima seguridad



Ingreso a pabellones de máxima seguridad